

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

*На правах рукописи*

**Сорокина Ольга Юрьевна**

**НЕВРОТИЧЕСКИЕ ДЕПРЕССИИ: ТИПОЛОГИЯ,  
ПРОБЛЕМЫ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ, ТЕРАПИЯ**

14.01.06 – Психиатрия  
(медицинские науки)

Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:**  
Доктор медицинских наук  
**Волель Беатриса Альбертовна**

**Москва – 2020**

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	15
ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	42
ГЛАВА 3. КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ.....	53
ГЛАВА 4. АСПЕКТЫ ДИНАМИКИ И НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ.....	96
ГЛАВА 5. ТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ.....	172
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	195
ВЫВОДЫ.....	221
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ.....	224
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	225

## ВВЕДЕНИЕ

### Актуальность темы исследования

Невротические депрессии (НД) – это гипотимические состояния, возникающие под воздействием длительно существующих фрустрирующих обстоятельств, клиническая картина которых характеризуется депрессивной симптоматикой легкой/средней степени выраженности и включает в себя персистирующий денотативный комплекс, астено-невротические проявления и соматизированные расстройства [21,26,33,34,69,98,121,123,189,209].

Необходимость изучения НД диктуется их широкой распространенностью [107,136]. Однако, при оценке встречаемости НД в популяции возможно опираться лишь на данные исследований, относящихся к 80-90 гг XX в [136,157] и выполненных до полного исключения депрессивного невроза из международных классификаций (до выхода и широкого использования DSM-III, МКБ-10), а также показатели частоты «подпороговых» депрессивных состояний, сопоставимых по основным характеристикам и психопатологическим проявлениям с невротическими депрессиями [92,94,173,204,207]. При этом, приводимые в указанных работах значения распространенности НД неоднозначны, но в среднем достаточно высоки – от 0,5 до 4,6%, а при включении в исследование «подпороговых» депрессивных расстройств (возникающих под влиянием субъективно значимых психотравмирующих факторов), соответствующие показатели достигают 15 % [107].

Следует подчеркнуть, что, несмотря на широкую распространенность НД (и клинически схожих гипотимических состояний), до настоящего времени не решен вопрос целесообразности выделения данной патологии в качестве самостоятельной диагностической категории. Все рубрики современных классификаций (МКБ-10, DSM-5), касающиеся круга аффективных расстройств (в частности, такие как «депрессивный эпизод», «рекуррентное депрессивное расстройство», «дистимия») диагностируются без учета связи с психотравмирующими (фрустрирующими) событиями. При этом, стоит

отметить, что единственной, близкой по психопатологическим характеристикам диагностической категорией к НД представляется рубрика «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство» (Complex posttraumatic stress disorder, 6B41) готовящейся к использованию в клинической практике МКБ-11.

### **Степень разработки темы исследования**

Классификационные сложности, связанные с НД, обусловлены отсутствием единого мнения касательно клинической картины, нозологической принадлежности, аспектов динамики и исходов данного состояния. Согласно имеющимся в доступной литературе данным можно судить лишь о гетерогенности психопатологических симптомокомплексов, присущих НД [21,122,166], а также диагностической нестабильности заболевания по результатам катамнестического наблюдения с возможностью реализации НД в клиническом пространстве различных нозологий [76,141].

При этом отечественные клиницисты [34,69] рассматривают депрессивный невроз в рамках динамики расстройства личности (РЛ), считая его начальным этапом невротического развития. В то же время Akiskal et al. [76-78] и ряд других авторов [141,146,166,179,206], опираясь на данные катамнестических исследований, указывают на принадлежность НД к заболеваниям аффективного спектра. Стоит отдельно отметить, что в тех же работах H.S. Akiskal et al. [76] и L.V. Kessing [141] у 2%-5,3% пациентов с невротической депрессией при повторном обращении была диагностирована эндогенно-процессуальная патология («шизофрения»).

Несмотря на установленную роль личностного фактора в возникновении НД [26,210], остается спорным вопрос о конституциональном предрасположении пациентов с депрессивным неврозом. С одной стороны, авторы выявляют характерологические черты, присущие ананкастным и тревожно-мнительным личностям [33,69,209], с другой – наличие в преморбиде аномалий истерического [34] или пограничного круга [189]. При этом, важно подчеркнуть, что в доступной литературе в большинстве случаев речь идет о

личностных особенностях кластеров В и С (DSM-5), в то время как данные касательно возможности развития НД у пациентов с аномалиями кластера А (шизоидное, а также шизотипическое РЛ), крайне ограничены [105,127].

В уточнении нуждается и спектр субъективно значимых фрустрирующих факторов с определением соотношений с особенностями личностной структуры.

Также следует отметить, что по настоящее время остаются не разработанными терапевтические подходы в отношении невротических депрессий. Так, имеющихся к настоящему моменту результатов рандомизированных контролируемых исследований, относящихся к 70-80 гг XX в [124,170,190], явно недостаточно для того, чтобы сформировать аргументированные алгоритмы психофармакотерапии НД.

В ходе настоящего исследования выдвинута **рабочая гипотеза**, согласно которой НД представляют собой психопатологически гетерогенные состояния с различными особенностями динамики, неоднородностью нозологической принадлежности с возможностью реализации в качестве симптомокомплекса (синдрома) в рамках той или иной нозологии, а также с различным конституциональным предрасположением.

### **Цель и задачи исследования**

**Целью настоящего исследования** является изучение клинической структуры невротических депрессий в соотношении с их динамикой, нозологической принадлежностью, характерологическими особенностями пациентов, а также терапией данных состояний.

В соответствии с поставленной целью осуществлялось решение следующих **задач исследования**:

1. определить психопатологические характеристики невротических депрессий;
2. проанализировать нозологическую принадлежность невротических депрессий (с привлечением клинико-катамнестических данных);

3. установить соотношения психопатологической структуры с аспектами динамики невротических депрессий;
4. определить преморбидные особенности пациентов, а также установить субъективно значимые фрустрирующие факторы, соучаствующие в формировании невротических депрессий;
5. разработать терапевтические подходы для лечения невротических депрессий.

### **Научная новизна**

Впервые разработана типологическая дифференциация невротических депрессий (с явлениями виктимизации со страхом сепарации и с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании), основывающаяся на разнородности содержательных комплексов (тревожно-фобический и сверхценный соответственно), лежащих в основе депрессивных состояний.

Также впервые изучены соотношения между психопатологической структурой, аспектами динамики и нозологической принадлежностью невротических депрессий (с учетом данных катамнеза). Так, установлено, что денотативные комплексы, лежащие в основе невротических депрессий, обладают прогностической информативностью в отношении реализации заболевания в клиническом пространстве той или иной нозологии, предопределяя особенности динамики и алгоритмы терапевтических подходов.

Отдельно уточнены клинические маркеры – психопатологические характеристики, позволяющие уже на момент первичного осмотра спрогнозировать особенности течения и реализации невротических депрессий в клиническом пространстве той или иной нозологии.

Проведено комплексное обследование пациентов выборки с привлечением батареи психометрических шкал и психологических методик, позволяющих регистрировать наличие и степень выраженности психопатологических проявлений, личностных характеристик пациентов с НД, а также оценивать

эффективность проводимой терапии на основании полученных количественных показателей редукции болезненной симптоматики.

Изучены особенности характерологической структуры пациентов и фрустрирующих воздействий, соучаствующих в формировании невротических депрессий. Установлен общий для всех пациентов личностный паттерн – виктимность/псевдовиктимность.

Выявлена возможность возникновения НД не только у пациентов с конституциональными особенностями, свойственными кластерам В и С (DSM-5), но и у лиц с преморбидными чертами, присущими кластеру А (шизоидное и шизотипическое РЛ, а также с характерологическими девиациями комплексной структуры – шизоидные истерики).

Разработаны оптимальные терапевтические алгоритмы для лечения пациентов с НД с соотнесением лечебных мероприятий с указанной в настоящем исследовании психопатологической дифференциацией депрессивных состояний и их нозологической принадлежностью.

### **Теоретическая и практическая значимость исследования**

В проведенном исследовании решена актуальная для клинической психиатрии задача определения психопатологически гетерогенных групп невротических депрессий с разработкой типологической дифференциации на основании ведущих денотативных комплексов, предиктивных в отношении динамических аспектов, реализации гипотимического состояния в рамках той или иной нозологии, факторов, соучаствующих в формировании НД, и, в конечном итоге, предопределяющих дифференцированные подходы к лечению НД в соответствии с установленными в настоящем исследовании терапевтическими алгоритмами. Полученные результаты могут быть использованы при подготовке врачей-психиатров в рамках послевузовского образования, а также в практической деятельности психиатрических лечебных учреждений, специализирующихся на терапии пограничной психической патологии.

## Методология исследования

Набор материала был проведен с 2016 по 2019 гг. Включенные в исследование пациенты проходили лечение в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – академик РАН, проф. А.Б. Смулевич) в ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья» (директор – проф., д.м.н. Т.П. Ключник) и в психотерапевтическом отделении (зав. отделением – д.м.н. Б.А. Волель) Университетской клинической больницы №3 (гл. врач – к.м.н., заслуженный врач РФ В.В. Панасюк) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (ректор – академик РАН, проф. П.В. Глыбочко).

Дизайн настоящего исследования предполагал проведение двух этапов.

Первый этап исследования включал скрининг депрессивных расстройств среди 285 пациентов, получавших стационарное лечение в ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья» (147 наблюдений) и в психотерапевтическом отделении (138 наблюдений), давших информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Процедура скрининга депрессивных расстройств включала клиническое интервью с оценкой психического статуса и последующее применение Шкалы Гамильтона для оценки депрессии (НАМ-D) и опросника Холмса-Рея для оценки стрессогенных событий. Пороговыми значениями включения в исследование являлся результат 8 баллов по НАМ-D, 150 баллов по опроснику Холмса-Рея. На I этапе было отобрано 149 пациентов с депрессивными расстройствами, соответствующими критериям депрессий, возникающих под воздействием психотравмирующих обстоятельств.

На втором этапе в результате комплексного клинического обследования была сформирована клиническая выборка, составившая 92 пациента с невротическими депрессиями (47 пациентов на момент обследования проходили стационарное лечение в ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья», 45 пациентов – в ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова УКБ №3, психотерапевтическое отделение).



Средний возраст пациентов на момент первичного обследования составлял  $35,5 \pm 11,6$  лет.

По результатам катамнеза (в среднем через  $19,6 \pm 6,4$  месяцев от первичного осмотра) обследовано 70 пациентов (женщин – 65, мужчин – 5). Средний возраст пациентов на момент катамнестического обследования составлял  $36,8 \pm 12,0$  лет.

При планировании настоящего исследования возникла необходимость уточнения характеристик невротической депрессии с целью выявления отличий данной нозологии от других аффективных расстройств, поскольку в современных классификациях (МКБ-10 и DSM-5) такое разграничение не проводится, а все многообразие депрессивных состояний рассматривается в пределах определенного ряда категорий: «Депрессивное расстройство» (F32, МКБ-10), «Рекуррентное депрессивное расстройство» (F33, МКБ-10), «Дистимия» (F34.1, МКБ-10).

В связи с чем были разработаны исследовательские критерии включения на основании общих признаков заболевания по МКБ-8, МКБ-9 и клинических характеристик в работах, посвященных невротической депрессии:

- 1) Возраст пациентов от 18 до 65 лет;
- 2) Непосредственная связь психического неблагополучия с длительно воздействующим фрустрирующим фактором;
- 3) Наличие на момент обследования депрессивного состояния, отвечающего признакам невротической депрессии, включающего в себя персистирующий денотативный комплекс (тревожно-фобический/сверхценный), астено-невротические проявления и соматизированные расстройства на фоне гипотимии;
- 4) Соответствие выраженности клинических проявлений депрессии легкой/средней степени (F32.0, F32.1, при рекуррентном течении F33.0, F33.1; МКБ-10), дистимии (F34.1); пролонгированной депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации (F43.21);
- 5) Длительность депрессий не менее шести месяцев.

Критерии невключения: 1) депрессивные эпизоды тяжелой степени (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3; МКБ-10); витальные симптомы депрессии на момент первичного обследования (тоска, патологический циркадный ритм, суицидальные идеации); 2) депрессивные эпизоды в рамках биполярного аффективного расстройства (F31.3), циклотимия (34.0); 3) признаки манифестного шизофренического/ шизоаффективного психоза; 4) органическое психическое расстройство (F00-F09, МКБ-10); 5) психические и поведенческие нарушения вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19, МКБ-10); 6) умственная отсталость (F70-F79, МКБ-10); 7) наличие симптомов тяжелой соматической патологии в стадии декомпенсации.

Методы исследования включали клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, патопсихологический с использованием психометрических методик и психологических опросников. Ведущим методом решения поставленных в исследовании задач являлся клинический с использованием психометрических методик.

В настоящем исследовании применялись статистические методы обработки данных. Оценка среднего значения стандартного отклонения проводилась с использованием данных описательной статистики. Для выявления межгрупповых различий применялись точный критерий Фишера, а также непараметрические методы (U-критерий Манна-Уитни). Статистический анализ осуществлялся при помощи программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc, США). Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Состояния, объединяемые термином «невротическая депрессия», клинически гетерогенны (НД с явлениями виктимизации со страхом сепарации и НД с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании). Дифференциация определяется неоднородностью лежащих в основе депрессивных состояний психопатологических комплексов (тревожно-фобического и сверхценного).

2. Особенности аспектов динамики и психогенеза НД, формирующихся в клиническом пространстве той или иной нозологии, разнородны. Депрессивный невроз может реализовываться при расстройствах шизофренического спектра, в рамках аффективной патологии, в качестве психогении на траектории РЛ. Уже на момент первичного осмотра выявляются специфические клинические маркеры, указывающие на нозологическую принадлежность НД.

3. Психопатологическая структура невротических депрессий соотносится с аспектами динамики и нозологической принадлежностью данных состояний. При этом денотативные комплексы, занимающие ведущее место в клинической картине на момент первичного осмотра, являются предиктивными в отношении развития НД в клиническом пространстве той или иной нозологии. Так, тревожно-фобический комплекс обладает наибольшей прогностической информативностью в отношении реализации НД при расстройствах шизофренического спектра и патологии аффективного круга. Сверхценный комплекс предиктивен для формирования НД в качестве психогений на траектории РЛ, в меньшей степени – в рамках аффективных заболеваний.

4. Манифестация НД происходит при соучастии перманентно существующих субъективно значимых фрустрирующих обстоятельств и особенностей личностной структуры пациентов. Основной характеристикой, отображающей способность пациента оказываться и длительно пребывать в психотравмирующей обстановке, является виктимность/ псевдовиктимность. При этом НД может формироваться у пациентов с различной личностной predisposицией, в том числе с конституциональными особенностями кластера А (шизоидное, шизотипическое РЛ, а также с характерологическими девиациями комплексной структуры – шизоидные истерики).

5. Дифференцированные подходы к терапии невротических депрессий осуществляются в соответствии с разработанными алгоритмами и соотносятся с психопатологической структурой и особенностями нозологической принадлежности депрессивных состояний. Терапия пациентов с НД включает

совокупность лечебно-реабилитационных мероприятий с привлечением психофармакотерапии и психотерапевтических методик.

### **Личный вклад автора**

Автором самостоятельно разработан дизайн научной работы, проанализированы данные литературы, проведено психопатологическое и катамнестическое обследование пациентов с использованием психометрических методик. Психопатологическое исследование пациентов осуществлялось при сотрудничестве с м.н.с. ФГБНУ НЦПЗ В.М. Лобановой, а также клиническим психологом психотерапевтического отделения УКБ№3 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Т.Н. Соловьевой. Автором проведен анализ полученных результатов с использованием статистического метода обработки данных. Автором осуществлена подготовка публикаций по теме исследования, формирование структуры и написание глав диссертации, формулирование выводов и практических рекомендаций.

### **Достоверность научных положений и выводов**

Достоверность научных положений и выводов обеспечивается репрезентативностью материала, комплексностью методов исследования (клинико-психопатологического, клинико-катамнестического, патопсихологического, статистического) с соответствием поставленным в исследовании цели и задачам.

### **Апробация результатов исследования**

Основные результаты исследования были представлены на XIII Всероссийской школе молодых психиатров «Суздаль-2017» (г. Суздаль, 25 апреля 2017 года), Научной конференции молодых ученых, посвященной памяти Академика АМН СССР А.В. Снежневского (г. Москва, 30 мая 2017 года).

**Апробация** диссертации состоялась «22» сентября 2020 года на межотделенческой научной конференции Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья».

**Результаты исследований внедрены** в работу отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ НЦПЗ, психотерапевтического отделения УКБ№3 и института персонализированной медицины «Клиника управления здоровьем» ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), а также учебный процесс на кафедре психиатрии и психосоматики ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

#### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Представленная диссертация соответствует паспорту специальности 14.01.06 – «Психиатрия», занимающейся изучением клинических, социально-психологических и биологических основ психических заболеваний, их клинических проявлений, патогенеза, лечения, профилактики и реабилитации психических больных.

#### **Публикации по теме диссертации**

По материалам диссертации опубликовано 7 печатных работ, 4 из которых рецензируемые в изданиях, рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации, 1 – тезисы в сборнике материалов конференции.

1. Сорокина О.Ю. Эволюция учения о шизофреническом дефекте / А.Б. Смулевич, Д.В. Романов, А.К. Мухорина, Е.И. Воронова, В.В. Читлова, О.Ю. Сорокина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т117. – №9. – С. 4-14.

2. Сорокина О.Ю. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности) / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, В.М. Лобанова,

Е.И. Воронова, В.О. Жилин, Е.В. Колюцкая, Е.Д. Самойлова, О.Ю. Сорокина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – Т118. – №9. – С. 4-14.

3. Сорокина О.Ю. Невротическая депрессия: подходы к терапии / Б.А. Волель, О.Ю. Сорокина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2019. – Т119. – №1. – С. 69-74.

4. Сорокина О.Ю. Невротическая депрессия: проблема нозологической квалификации / О.Ю. Сорокина, Б.А. Волель // Психиатрия. – 2019 – Т. 81. – №1. – С. 6-19.

### **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 246 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, списка литературы. Библиографический указатель содержит 217 наименований (из них отечественных – 75, иностранных – 142). Диссертация иллюстрирована 12 таблицами, 17 рисунками и 5 клиническими наблюдениями.

## ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

### Эволюция учения о невротической депрессии

В истории развития учения о невротической депрессии (НД) можно условно выделить три этапа. На первом (конец XIX – вплоть до сороковых годов XX века), предшествовавшем введению самого термина, описаны отдельные симптомокомплексы, сопоставимые с тем, что в последующем включается в понятие «невротическая депрессия».

Второй этап (середина XX века)<sup>1</sup> связан с описанием типичной клинической картины НД [98,187,209]. Диагноз невротической депрессии введен в диагностические системы: DSM-II; МКБ-8 и МКБ-9. На этом этапе выполнено наибольшее число клинических и эпидемиологических исследований, посвященных проблеме НД [33,69,142,171,213].

На третьем этапе (восемидесятые годы XX века – по настоящее время) осуществлена деконструкция термина «невротическая депрессия» в плане исключения этого расстройства как самостоятельного клинического образования из официальных классификаций психических расстройств (DSM-III, МКБ-10). При этом такого рода состояния при кодификации рассматриваются в рамках таких диагностических категорий как дистимия, депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство<sup>2</sup>, а также расстройство адаптации (complex posttraumatic stress disorder, 6B41; МКБ-11).

В соответствии с приведенным выше делением представлена история учения о невротической депрессии.

---

<sup>1</sup> Выделение временных рамок здесь и далее отражает положение невротической депрессии в классификациях психических расстройств. Следует учитывать наличие достаточно большого количества работ, в которых обсуждаемая концепция критикуется, а также публикаций, направленных на «реабилитацию» диагноза после его исключения из классификаций в конце XX века.

<sup>2</sup> Целый ряд авторов уже после исключения НД из классификаций продолжают разрабатывать проблему этого расстройства [34,68,122,123].

Впервые симптомокомплексы, сопоставимые с невротической депрессией как по клиническим характеристикам (нерезко выраженная подавленность, тревога, раздражительность), так и по триггерным механизмам и динамике (возникновение в условиях длительного психического перенапряжения, тенденция к затяжному течению), описаны G.M. Beard [95] в рамках неврастении.

В отечественной психиатрии сходные симптомокомплексы определяются С.С. Корсаковым (в руководстве «Курс психиатрии» [30]) в качестве отдельной группы – «церебральной неврастении». При этом С.С. Корсаков впервые устанавливает связь такого рода состояний не только с продолжительным по времени умственным или физическим перенапряжением, но и с длительно существующими фрустрирующими обстоятельствами («моральными потрясениями»).

В монографии «Циклотимия (cyclothymia), ее симптоматология и течение» [25] Ю.В. Каннабих также выделяет особую группу аффективной патологии – «психическая депрессия» (неврастеническая псевдомеланхолия). Вслед за С.С. Корсаковым, автор отмечает (в отличие от манифестирующей аутохтонно истинной меланхолии) связь депрессивной симптоматики с внешними стрессогенными факторами.

Термин «невротическая депрессия» введен в начале двадцатого века [151,165]. При этом, сам термин трактуется авторами по-разному. Так, Е. Краепелин использует понятие «невротическая» применительно к депрессиям с меньшей степенью тяжести аффективных расстройств в пределах дихотомии «невроз-психоз» (критика к своему состоянию, отсутствие бреда и галлюцинаций) [151].

Впервые НД как самостоятельное клиническое расстройство (типичная клиническая картина, факторы риска, закономерности динамики) выделена немецким психиатром Н. Völkel в монографии «Neurotische Depression (Невротическая депрессия)» [209]. В научной работе представлено детальное описание ведущих психопатологических образований, составляющих



клиническую картину невротической депрессии. По мнению Н. Völkel, речь идет о неглубоких депрессивных состояниях, в структуре которых отмечается выраженная тревожная симптоматика с сопутствующими явлениями соматизации (лабильность артериального давления и ЧСС, мышечные боли, функциональные нарушения ЖКТ) и астения (раздражительная слабость, истощаемость).

Также автором описаны триггерные механизмы, динамика НД. Невротические депрессии манифестируют под воздействием перманентных психотравмирующих событий (болезнь близкого человека, длительные финансовые трудности, измены супруга), имеют тенденцию к хронификации.

При этом Н. Völkel полагает, что невротическая депрессия «возникает в ответ на утрату». Стоит подчеркнуть, что под термином «утрата» автор понимает не характерный для реактивной депрессии (РД) единовременный, но выраженный стрессор по типу «удара судьбы» (потеря близкого, разрыв с объектом привязанности), а пролонгированные фрустрирующие обстоятельства (разочарование, утрата надежд, идеального представления о собственной личности или близком человеке). Таким образом, Н. Völkel проводит дифференциацию невротической депрессии от реактивной, указывая на меньшую остроту симптоматики при НД, а также на наличие затяжного течения в противовес относительной кратковременности РД.

Среди аспектов динамики НД Н. Völkel указывает на возможность приобретения черт эндогенности. Таким образом, Н. Völkel отмечает сходство динамики и исходов отдельных вариантов НД с психогенно спровоцированными эндогенными депрессиями.

Следует упомянуть, что Н. Völkel принадлежит также первое описание преморбидных характеристик пациентов, уязвимых к развитию НД: с одной стороны зависимых, робких личностей, нерешительных, склонных к сомнениям и рефлексии, пассивно-оборонительным реакциям, с другой – прямолинейных, ригидных, ответственных, с утрированным чувством долга.

Большая серия работ, посвященных проблеме НД, выполнена в СССР, а затем в России, преимущественно в школе О. В. Кербикова [33,34,69], а также в школе Б. Д. Карвасарского [26,68]. Цитируемые авторы изначально не рассматривают НД как самостоятельное заболевание, а изучают в качестве важного этапа динамики расстройства личности/невротического развития. Невротическая депрессия, таким образом, манифестирует у уязвимых к ней лиц под действием стресса и при его длительном сохранении трансформируется в невротиическое развитие, что сопровождается амальгамированием симптомов депрессии с характерологическими чертами пациента (истерическое, обсессивное, эксплозивное РЛ) [34].

Отечественные авторы, в первую очередь Н.Д. Лакосина (в монографии «Клинические варианты невротиического развития» [33]), при изучении аспектов динамики НД выделяют несколько этапов. При этом наиболее подробно описывается этап «соматических жалоб», сходный по проявлениям с симптоматикой органических неврозов (пациенты могут испытывать неприятные ощущения в области сердца, повышения или понижения артериального давления, расстройства со стороны ЖКТ) и сменяющийся впоследствии этапом нарастания собственно гипотимии. Н.Д. Лакосиной [33] особо подчеркивается, что зачастую этап соматических жалоб является объективным маркером, указывающим на начало заболевания.

Н.Д. Лакосиной [34] особое внимание при изложении клинических характеристик невротиической депрессии также уделяется явлениям астении. Так, автор подчеркивает, что ухудшение состояния больных НД в утренние часы связано с выраженными астеническими проявлениями, вялостью, «что делает пациентов более похожими на неврастеников, нежели на депрессивных больных».

Подобно Н. Völkel [209] Н.Д. Лакосина, описывая личностей, склонных к формированию НД, указывает на наличие у тех характерологических особенностей, присущих кластеру С (DSM-5): ананкасты с чертами ригидности, сдержанности в проявлении эмоций [34]. Помимо этого, Н.Д. Лакосина также

особо выделяет в структуре невротической личности отдельные истерические черты (в виде элементов театральности, стремления быть в центре внимания и пр.).

Актуальность проблемы НД в середине XX в. нашла свое выражение во включении ее в формируемые параллельно классификации МКБ-8 [1965] и DSM-II [1968]. Следует отметить, что в обеих диагностических системах обсуждаемое расстройство получило определение «депрессивный невроз» и кодировалось в рубрике невротических, а не аффективных расстройств. Такое положение невротической депрессии было призвано акцентировать внимание на отличии гипотимии в структуре невротической депрессии от собственно эндогенных аффективных симптомокомплексов. Несмотря на этот факт, в исследованиях периода МКБ-8 и DSM-II термин «невротическая депрессия» фактически являлся синонимом депрессивного невроза. При этом, в трактовке этого понятия европейскими и американскими специалистами отмечались определённые различия. Диагностические критерии НД по DSM-II и МКБ-8 представлены в Таблице 1.

Таблица 1 – Определение НД/депрессивного невроза по критериям DSM-II и МКБ-8

DSM-II	МКБ-8
<p>Депрессивный невроз (300.4) – это расстройство, манифестирующее выраженной реакцией депрессивного типа в ответ на внутренний психологический конфликт или явное психотравмирующее событие, такое как потеря объекта любви или заботы. Данное расстройство не должно соответствовать критериям инволюционной меланхолии или маниакально-депрессивного психоза. Расстройства, квалифицируемые ранее как депрессивная реакция или реактивная депрессия, следует относить к данной рубрике.</p>	<p>Депрессивный невроз (300.49) характеризуется непропорционально выраженной реакцией депрессивного типа на идентифицируемое внешнее психотравмирующее воздействие. Бред и галлюцинации нехарактерны. Зачастую отмечается охваченность психотравмой, приведшей к депрессии. Обычно травматическое событие представляет собой утрату объекта заботы или любовной одержимости. Дифференциация с реактивным депрессивным психозом осуществляется не только на основании тяжести состояния, но и по наличию собственно невротических симптомов и степени дезадаптации пациента.</p>

Следует отметить, что в DSM-II ключевая роль в диагностике отводилась наличию психологического конфликта: как внутриличностного, так и

межличностного (преимущественно в ответ на утрату значимого другого). Дифференциация клинических характеристик НД и РД не рассматривалась в качестве необходимой для диагноза, в связи с чем отдельные критерии для каждого из типов депрессий не уточнялись. Для установления диагноза «депрессивный невроз» первоочередным было указание на отсутствие типичных симптомов маниакально-депрессивного психоза или инволюционной меланхолии: суточный ритм, идеи самообвинения и самоуничужения, ажитация, стойкая инсомния.

В МКБ-8 реализован более клинически-центрированный подход: ведущее значение отводилось наличию среди психопатологических проявлений формализованных невротических симптомов (тревога, соматизация), а также психогенному денотативному комплексу. Диагноз НД исключался при наличии бреда или галлюцинаций. НД по критериям МКБ-8 формируется в ответ на внешнее психотравмирующее событие (развитие в связи с внутриличностным конфликтом, вынесенное в критерии DSM-II, не рассматривается). Кроме того, в отличие от DSM-II, подчёркивалось отличие НД от реактивной депрессии на основании критериев длительности и тяжести симптомов (большей при РД).

Вслед за включением в диагностические системы категория НД стала одной из наиболее используемых в психиатрической практике. Так, в США в конце 60-х годов XX века невротическую депрессию диагностировали у 30-40% амбулаторных пациентов, что делало ее одним из самых востребованных диагнозов. В странах Европы и СССР диагноз НД был менее популярен, однако также использовался достаточно часто (по данным L.V. Kessing невротическая депрессия диагностировалась у 7-10% психиатрических пациентов в Европе в 1960-х гг). Таким образом, диагностические критерии из МКБ-8/DSM-II (как можно убедиться из Таблицы 1) позволяли устанавливать НД у большого числа пациентов, психическое страдание которых характеризовалось неоднородными психопатологическими проявлениями.

Дальнейшее положение НД в европейских и американских классификациях было неоднозначным. В Европе при пересмотре

диагностических категорий в МКБ-9 [1975] диагноз невротической депрессии был сохранен. В соответствии с изменением требований к диагностическим единицам были сформированы первые формализованные критерии установления этого диагноза, которые представлены в Таблице 2.

Таблица 2 – Диагностические критерии НД по МКБ-9

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Депрессия непсихотического уровня;</li> <li>• Характеризуется относительно легкой депрессивной симптоматикой и выраженной утратой интереса к повседневной активности;</li> <li>• Хронически сниженное настроение должно отмечаться большую часть дня в течение более половины дней на протяжении двух лет<sup>3</sup>. В периоды сниженного настроения должно отмечаться по меньшей мере два дополнительных симптома из списка: сниженный аппетит или переедание, бессонница или гиперсомния, чувство бессилия или астения, сниженная самооценка, трудности концентрации внимания или идеи безнадежности;</li> <li>• Развитие депрессии спровоцировано жизненными событиями, произошедшими с пациентом.</li> </ul>
---

Как нетрудно убедиться при анализе представленных критериев, несмотря на сохранение диагноза в МКБ-9, появляется тенденция к сближению НД и дистимии (в первую очередь, по временным критериям). Одна из ключевых диагностических характеристик НД – манифестация в ответ на тяжелую психотравмирующую ситуацию – была выделена в качестве последнего, четвертого критерия, в то время как остальные были в целом аналогичны таковым для дистимии в готовящейся DSM-III [1980].

Следует отметить, что еще с середины XX в. наряду с исследованиями, направленными на поддержку валидности выделения депрессивного невроза в качестве самостоятельной нозологической единицы, появляется ряд работ, авторы которых указывают на несостоятельность концепции НД [76,85,141,147,166,179,206].

Исключение категории невротической депрессии из классификаций (DSM-III, МКБ-10) обосновано, главным образом, результатами масштабной клинико-катамнестической работы H.S. Akiskal et al. [76]. В своем исследовании «The

<sup>3</sup> В случае несовершеннолетних достаточно одного года.

nosological status of neurotic depression (Нозологический статус невротической депрессии)» [76], автор детально изучает диагностическую стабильность и воспроизводимость диагноза НД в работе практикующих врачей-психиатров. Н.S. Akiskal повторно обследовал пациентов одной из университетских клиник США, которым 5-10 лет назад был установлен диагноз невротической депрессии. Автором показано, что симптоматика невротической депрессии проявляет диагностическую нестабильность при длительных катamnестических исследованиях. Так, у значительной части пациентов отмечается трансформация НД в эндогенную аффективную патологию<sup>4</sup>, а также психические расстройства неаффективного круга (тревожное расстройство, шизофрения и пр.).

Таким образом, Н.S. Akiskal относит большую часть невротических депрессий, имеющих разные клинические проявления и эпизодическое течение, к большому депрессивному эпизоду и рекуррентному депрессивному расстройству. В то же время, опираясь на ряд ранних исследований аффективной патологии [32,151], Н.S.Akiskal выдвигает постулат, что по своей сути хронические депрессии являются генетически аттенуированным (т.е. имеющим менее выраженные клинические проявления) вариантом большого депрессивного эпизода. И, как следствие, при создании рубрики дистимии и объединении всех затяжных аффективных состояний, Н.S. Akiskal относит в данную группу и хронические формы невротической депрессии.

При анализе литературы на тему НД G.L. Klerman подчеркивает, что, несмотря на достаточно частое употребление термина «невротическая депрессия» в литературе первой половины XX века, речь идет не об изолированном расстройстве с четко очерченной типичной клинической картиной, а об определённых феноменологических характеристиках (симптомокомплексах). Так, в работе G.L. Klerman et al. [146] при исследовании 90 пациентов с депрессивной симптоматикой (50% из которых имеют диагноз

---

<sup>4</sup> В проспективном исследовании 100 пациентов с невротической депрессией установлено, что более чем в 40% случаев исходом заболевания является рекуррентное униполярное или биполярное расстройство.

ситуационной депрессии), не отвечающих критериям эндогенной депрессии, только у 18% пациентов удается выявить одновременно все черты, уместные для НД (отсутствие эндогенных и психотических проявлений, инвалидизации, ситуационный характер депрессии). В более позднем исследовании G.L. Klerman [147] также интенсивной критике подвергается тезис, согласно которому важнейшим критерием диагностики невротической депрессии является ее возникновение под воздействием хронических фрустрирующих обстоятельств. Автор особенно подчеркивает, что в таких условиях может формироваться широкий спектр психических расстройств [147]. Следовательно, G.L. Klerman ставит под сомнение правомерность существования диагноза «невротическая депрессия», таким образом указывая, что НД представляет собой синдром, а не самостоятельную нозологическую единицу. По мнению автора, отсутствие четких, строго определенных, присущих исключительно НД характеристик делает невозможным разработку достаточно достоверных и надежных диагностических алгоритмов для данного заболевания, необходимых для использования в клинических и эпидемиологических исследованиях.

В результате с выходом DSM-III [1980] вместо категории невротической депрессии стал использоваться диагноз дистимии – длительно протекающего депрессивного расстройства субсиндромальной выраженности, возникающего безотносительно к психотравмирующим событиям [197]<sup>5</sup>. Несколько реже использовались такие категории как депрессивный эпизод (при длительности НД меньше года), циклотимия, расстройство адаптации.

Наконец, со сменой МКБ-9 на МКБ-10 [1989] диагноз НД был полностью исключен из официальных систематик психических расстройств, а психогенное начало аффективного эпизода, в том числе в ситуации хронической фрустрации, стало считаться не имеющим диагностического или прогностического значения.

---

<sup>5</sup> Подобное изменение систематики отражало общую тенденцию к отказу от классификаций аффективных расстройств, основанных на механизме возникновения (эндогенные/экзогенные) в связи с их недостоверностью. Данная тенденция сохраняется во всех современных систематиках.

На этапе, последовавшем за исключением НД из международных систематик, несмотря на закономерное падение исследовательского интереса, выполнен ряд работ, подчеркивающих актуальность изучения гипотимических расстройств, формирующихся под воздействием длительно существующих фрустрирующих обстоятельств. При этом данные указанных исследований позволяют уточнить некоторые клинические и прогностические особенности невротических депрессий.

В первую очередь, речь идет о работах М. Roth и соавторов, которые были продолжены в XXI веке его учеником S.N. Ghaemi [122,123,171,187-189]. По мнению цитируемых авторов (подобно данным Н. Völkel [209] и Н.Д. Лакосиной [34]), ключевой клинической характеристикой НД, отличающей ее от других аффективных расстройств, является сочетание субсиндромальной гипотимии и отчётливой тревожной симптоматики (как идеаторной, так и соматизированной), которые манифестируют на фоне неблагоприятных жизненных событий<sup>6</sup>.

Наиболее подробное описание клинических характеристик невротической депрессии, отличающих эту форму аффективных расстройств от депрессии эндогенной, приведено в работе М. Roth М. и С.Q. Mountjoy С.Q. «The need for the concept of neurotic depression (Необходимость концепции невротической депрессии)» [189]. Так, авторами подчеркивается, что выраженность снижения настроения при невротической депрессии не достигает уровня аффективных заболеваний эндогенного круга, пациенты способны отвлекаться на положительные события. Как указано выше, облигатным симптомом НД является переменная по выраженности тревога.

М. Roth М. и С.Q. Mountjoy С.Q. [189] указывают, что возникновение гипотимии при НД имеет непосредственную временную связь с

---

<sup>6</sup> Позднее, в работе «The varieties of depressive experience: diagnosing mood disorders (Типы депрессивных переживаний: диагностика аффективных нарушений)» S.N. Ghaemi с соавторами [123] концептуализируют НД как крайний полюс расстройств аффективного спектра, характеризующийся, во-первых, наибольшей продолжительностью и тенденцией к хронификации, и, во-вторых, выраженным сближением с расстройствами тревожного круга.



психотравмирующими обстоятельствами. При этом, стоит отметить, что утверждение авторов о соотношении продолжительности депрессивного эпизода с длительностью воздействия фрустрирующего фактора представляется спорным, так как депрессивная симптоматика может сохраняться и после разрешения психотравмирующей ситуации.

Согласно концепции авторов, невротическая депрессия является эпизодическим расстройством, при котором депрессивные фазы разделены относительно чистыми ремиссиями. В отличие от дистимии, хронический характер невротическая депрессия приобретает лишь на отдаленных этапах течения.

Особое внимание уделяется авторами характеристике преморбидных особенностей пациентов с НД. При этом полученные данные касательно личностных черт отличаются от приводимых ранее в исследованиях Н. Völkel [209] и Н.Д. Лакосиной [33,34]. Так, согласно М. Roth и С. Q. Mountjoy [189], речь идет о пациентах, которые легко приободряются, воодушевляются в связи с приятными событиями, но при этом так же легко впадают в уныние, разочаровываются, излишне фиксируются на неудачах, жизненных неурядицах. При этом, как и в более ранних исследованиях, посвященных НД, М. Roth указывает на соучастие конституциональной предрасположенности в формировании депрессивного невроза, в связи с чем автор предлагает ввести термин «personal depression» (в качестве замены НД).

Обобщая историю изучения НД после ее исключения из официальных систематик, следует отметить наличие двух противоположных тенденций: с одной стороны, подтверждено наличие специфической картины НД, с другой – рядом авторов отмечается гетерогенность состояний, объединяемых термином «невротическая депрессия», а также их диагностическая нестабильность при катамнестических исследованиях. Полученные данные позволяют судить о нозологической несамостоятельности НД с возможностью ее реализации в качестве симптомокомплекса в клиническом пространстве того или иного заболевания.

## Клиническая картина и типология невротических депрессий

Предваряя изложение клинических характеристик невротических депрессий, стоит отдельно остановиться на рассмотрении их типологии. Следует подчеркнуть, что по настоящее время не существует единой разработанной типологической дифференциации НД. Так, при первоначальном клиническом описании НД Н. Völkel выделяет два синдромальных варианта: тревожный и астенический [209], обосновывая выделение групп исключительно разницей в психопатологических характеристиках. Стоит отметить, что наиболее четко сформулированное выделение разнородных групп НД представлено в работах Н.Д. Лакосиной [33,34]. Так, автор, выделяет 2 группы пациентов с невротическими депрессиями, основываясь на гетерогенности типов психотравмирующих обстоятельств, личностной predisпозиции, клинических характеристик и особенностей течения заболевания. Первая группа НД характеризуется наличием отчетливой конфликтной ситуации (внутрисемейные ссоры, алкоголизм/наркомания значимого другого, неурядицы на рабочем месте и пр.), быстрым нарастанием психопатологической симптоматики. При рассмотрении аспектов динамики депрессий в данной группе отмечается тенденция к фазному течению. Преморбид пациентов характеризуется наличием истерических черт. Для второй группы, в свою очередь, присуще медленное нарастание депрессивной симптоматики, практически непрерывное течение заболевания без очерченных ремиссий. В качестве основного психотравмирующего события выступает ситуация «вынужденной эмоциональной изоляции» (подавление эмоциональных реакций с отсутствием возможности получения удовлетворения). В отличие от первой группы, у пациентов определяются характерологические особенности присущие кластеру С (DSM-5) – личности ананкастного круга.

При этом при изучении описаний клинических характеристик НД, удается установить, что спектр психопатологических проявлений, являющихся самостоятельными дименсиями, достаточно широк. Так, наиболее характерными

являются нерезко выраженная гипотимия, тревога, астения, соматоформные симптомы, дисфория, когнитивные нарушения, а также симптоматика истерического круга [26,34,51,98,121,153,189,209].

В ряду гипотимической симптоматики при невротических депрессиях выступает подавленность, пессимистическая оценка сложившейся ситуации, чувство безрадостности, плаксивость [98,189,209]. Признаки витальных расстройств, по данным большинства авторов, не характерны: отсутствуют явления витальной тоски, идеи самообвинения и самоуничужения, психомоторная заторможенность [121,123,189].

Следует более подробно остановиться на рассмотрении данных касательно содержательного комплекса депрессий. Стоит отметить, что описания денотата НД неоднозначны. В большинстве доступных публикаций психогенный комплекс НД описывается как собственно невротический – с преобладанием тревоги сепарации (опасения расстаться с неверным или алкоголизирующимся партнером, уволиться с работы, являющейся источником конфликтов и т.д.) и принятием позиции жертвы обстоятельств [26,33,68,209,213].

В то же время, в доступной литературе существуют упоминания о состояниях, сопоставимых с НД, однако обнаруживающих тропизм к кататимным комплексам круга пограничной эротомании [46]. Речь идет о пациентах с явлениями патологической привязанности – любовной аддикции [115], достигающей уровня одержимости [20,72,75] со стремлением во что бы то ни стало продолжить отношения, в том числе путем манипуляций, шантажа. Следует подчеркнуть, что ситуация с описываемой реализацией кататимных комплексов (с явлениями пограничной эротомании), принадлежащих к сверхценным образованиям, в рамках невротических депрессий является парадоксальной и требует дальнейшей разработки.

Помимо прочего, ряд авторов указывают на возможность расширения круга содержательных паттернов денотата с присоединением идей собственной несостоятельности, несправедливости окружающего мира и прочих [33,121,209].

Таким образом, разными авторами выявляются гетерогенные содержательные комплексы НД, которые, как удается установить, являются предопределяющими в отношении особенностей психопатологических проявлений. Так, у пациентов с невротическим комплексом ведущей в клинической картине является тревога, а при сверхценном – манипулятивное поведение. Стоит отметить, что подобные соотношения денотата и клинической картины, а также целесообразность разграничения гипотимических состояний на основании разнородности содержательного комплекса уже была установлена ранее на модели психогенных депрессий [14].

Дискуссионным остается вопрос о наличии суточного ритма в структуре НД. По одним данным циркадианный ритм нехарактерен [26], однако, по мнению ряда авторов, он все же регистрируется в клинической картине НД [33,189]. При этом циркадианный ритм обнаруживает, во-первых, инвертированный характер с ухудшением к вечеру, и, во-вторых, определяется нарастанием не собственно меланхолической симптоматики (подавленность, тоска, пессимистические идеи), а неаффективных симптомокомплексов астенического и тревожного рядов.

С учетом многократно подчеркиваемой в различных работах незначительной выраженности гипотимии в структуре НД закономерным представляется определение ведущих психопатологических проявлений, характерных для депрессивного невроза.

По мнению S. N. Ghaemi и соавторов, наличие тревоги в клинической картине НД является абсолютно необходимым для установления диагноза [122]. При этом тревога при НД может иметь как идеаторный (определяя тем самым денотат депрессии с неотвязными размышлениями о длительном семейном конфликте, неприятностях на работе, профессиональной несостоятельности, что достигает в ряде случаев степени тревожных руминаций, т. н. «руминативной петли» [130,175]) [123], так и соматизированный характер [21,34,98,209].

Выраженность тревоги по данным ряда публикаций не укладывается в рамки аффективного расстройства невротического регистра и соответствует

характеристикам генерализованного тревожного расстройства (ГТР) по критериям DSM-IV, DSM-5 и МКБ-10. По мнению S. N. Ghaemi [122], тревога, соотносимая с диагнозом ГТР, является типичным и практически облигатным проявлением НД<sup>7</sup>.

Согласно данным литературы, симптомы соматизации при НД многообразны и представлены, в первую очередь, полиморфными органо-невротическими проявлениями. В числе которых наиболее часто отмечается одышка, лабильность артериального давления, чувство перебоев в работе сердца, кардиалгии, чередующиеся эпизоды запоров и диареи, тошнота, приливы жара и холода, парестезии, чувство мышечного напряжения, потливость [34,123,153,189,213]. При этом, по мнению Н.Д. Лакосиной, соматизированная симптоматика наиболее характерна для дебюта НД (как указывалось ранее, т. н. «этап соматических жалоб»), а по мере течения заболевания замещается собственно аффективными феноменами. Однако эти наблюдения не находят подтверждения в работах других авторов. В частности, S. N. Ghaemi [121] при анализе клинических работ, посвященных НД, указывает, что соматизированные симптомы могут отмечаться на любом этапе заболевания.

Соматизированная симптоматика, выступающая в рамках НД, усложняется за счет присоединения ипохондрических расстройств с формированием картины невротической (в том числе истерической) ипохондрии<sup>8</sup> [26,34].

Помимо тревожных и соматизированных феноменов, значительный удельный вес в структуре НД занимают астенические проявления [21,98]<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> Согласно S. N. Ghaemi [122], регистрируемая в эпидемиологических исследованиях высокая коморбидность дистимии и ГТР свидетельствует о том, что во многих случаях, по существу, это одно расстройство – собственно невротическая депрессия.

<sup>8</sup> Невротическая ипохондрия характеризуется доминированием тревожных опасений за здоровье и соматизированных симптомов, что дополняется в случае истероипохондрией манипулятивным поведением [10].

<sup>9</sup> В работе Ю. В. Зорина «Затяжные депрессивные состояния, формирующиеся в условиях стрессогенной ситуации (у пациентов общесоматических поликлиник)» [21], существуют

Астеническая симптоматика при невротических депрессиях определяется явлениями гиперестезии – повышенной чувствительностью к яркому свету, громким звукам, а также раздражительностью, быстрой истощаемостью, недержанием аффекта [153]. Такая клиническая картина сопоставима с понятием гиперестетической астении [64]. Признаки гипостенической астении (утомляемость, истощаемость, необходимость в частом отдыхе) отмечаются реже.

Важно отметить, что, судя по данным ряда авторов [21,69], астеническая симптоматика при невротических депрессиях приобретает характер более стойкого по сравнению с неврастенией и менее связанного с режимом труда и отдыха феномена. В отдельных случаях астения при НД является видом расстройства, не связанного с внешними факторами, выраженное на протяжении всего дня, тотально охватывающего все сферы деятельности. В связи с этим, можно предположить, что в ряде случаев клиническая картина НД обнаруживает сходство с проявлениями астенических депрессий или «депрессий истощения» [44,142]<sup>10</sup>. На клиническое сходство НД с депрессиями истощения указывает еще Р. Kielholz [142]. При этом автор в синдромальной классификации депрессий («Depressive Zustände (Depressive illness / Депрессивные состояния)» [142]) предлагает рассматривать депрессивные состояния в виде континуума, помещая психогенные депрессии (невротическую, реактивную и депрессию истощения) на один полюс, а на другой – депрессии эндогенные и соматогенные<sup>11</sup>.

---

указания на то, что астения является наиболее ранним (продромальным) симптомом невротических депрессий.

<sup>10</sup> В частности, Г. Н. Мысько [44] описывает депрессии с доминированием астенической симптоматики у пациенток, длительное время сожительствующих с партнерами, страдающими алкоголизмом.

<sup>11</sup> Сам Р. Kielholz [142], проводя дифференциальную диагностику между невротической депрессией и депрессией истощения, пишет следующее: «Депрессия истощения следует за продолжительными напряжением (умственным/эмоциональным), часто сопровождается психосоматическими симптомами и последующей ипохондрической фиксацией на состоянии. Невротическая депрессия связана с преобладанием в клинической картине тревоги, а также навязчивыми состояниями».

Важным, до настоящего времени не получившим достаточного внимания и систематического описания проявлением невротических депрессий являются когнитивные нарушения, в числе которых трудности сосредоточения внимания, его поддержания, рассеянность, забывчивость [98]. При этом генез наблюдаемых при невротических депрессиях когнитивных нарушений представляется дискутабельным. Так, в работах W. Brautigam указывается на их связь с астенической симптоматикой (истощение ресурсов психики). В то же время, как указывалось ранее, у большинства пациентов с НД отмечается выраженная тревога, достигающая степени тревожных руминаций – многократных неотвязных повторяющихся мыслей тревожного содержания о ситуации, которая спровоцировала дебют депрессивного состояния. В связи с этим, можно предположить, что когнитивные нарушения в значительной степени связаны с руминативным мышлением<sup>12</sup>. Подобная точка зрения озвучивается в ключевых работах, посвященных невротическим депрессиям, где описаны пациенты, высказывающие жалобы на быструю утомляемость от тревоги, трудности сосредоточения и концентрации [33,123,189].

По некоторым данным, в целом ряде случаев на первый план в клинической картине невротической депрессии выходит дисфорическая симптоматика с выраженной раздражительностью, недовольством сложившейся ситуацией и гневливостью, что позволяет условно квалифицировать депрессию по синдромальному признаку как дисфорическую, или «враждебную» («hostile depression») в терминологии западных авторов [25,69,187].

В структуре невротической депрессии частыми и, по некоторым данным, субъективно расцениваемыми пациентами в качестве наиболее тягостных, являются нарушения сна как с его укорочением из-за трудностей засыпания, частых ночных и ранних утренних пробуждений, так и с явлениями гиперсомнии [121].

---

<sup>12</sup> Следует подчеркнуть, что наличие выраженных когнитивных нарушений при тревоге, в том числе реализующейся в форме тревожных руминаций, неоднократно описано и обобщено в целом ряде современных публикаций [11,215].

Нарушения аппетита могут носить характер как гиперрекции, так и снижения потребности в приеме пищи. В отличие от эндогенных депрессий, даже при выраженном снижении потребности в приеме продуктов питания не отмечается полного отказа от пищи [33,123]. Следует отметить, что выраженных колебаний массы тела ни в сторону повышения, ни в сторону снижения обычно не определяется, что может быть показателем небольшой выраженности расстройств аппетита при НД [121,189].

### **Аспекты динамики невротических депрессий**

Как уже подчёркивалось выше, гетерогенность прогноза НД выявляется во всех основных исследованиях, посвящённых этому расстройству. Обобщая работы разных авторов [34,76], можно выделить как минимум четыре варианта динамики невротической депрессии:

- 1) Редукция психопатологической симптоматики после разрешения психотравмирующей ситуации (либо адаптации к ней);
- 2) Трансформация НД в аффективную патологию (как моно-, так и биполярного круга)<sup>13</sup>;
- 3) Трансформация НД в неаффективную патологию, в первую очередь, в расстройства шизофренического спектра;
- 4) Длительное безремиссионное течение НД, сопровождающееся амальгамированием аффективных симптомов и личностных свойств (невротическое развитие в терминологии отечественных психиатров).

Несмотря на традиционное представление о тенденции НД к разрешению после исчезновения психотравмирующей ситуации, доля полных ремиссий НД весьма невысока. В частности, в работе L.V. Kessing «Endogenous, reactive and neurotic depression – diagnostic stability and long-term outcome (Эндогенные, реактивные и невротические депрессии – диагностическая стабильность и

---

<sup>13</sup> Являясь последовательным сторонником крепелиновской парадигмы, H.S. Akiskal постулирует, в том числе и в цитируемой работе, нозологическое единство монополярных и биполярных аффективных расстройств.



долговременный прогноз)» [141], показано, что 87% пациентов (2541 пациент из 2920), получавших стационарное лечение по поводу невротической депрессии, в течение 10 лет повторно госпитализируются в психиатрический стационар. Принимая во внимание тот факт, что речь, скорее всего, идет о более тяжелых депрессиях (послуживших причиной госпитализации), автор констатирует неблагоприятное течение НД. Дополнительным аргументом в пользу этого является и то, что пациенты с невротической депрессией достоверно раньше попадают в психиатрический стационар по поводу рецидива по сравнению с пациентами, страдающими эндогенной депрессией – 1,5 года против 5,1 ( $p < 0,0001$ )<sup>14</sup>.

В целом ряде случаев спустя годы после начала заболевания пациенты по-прежнему страдают от НД. L.V. Kessing, изучая пациентов с катамнезом 10-20 лет, выявил примерно у 28,3% пациентов сохранение невротической депрессии с неизменной клинической картиной. Однако, стоит отметить, что в исследовании нет четких указаний на особенности течения заболевания у данной группы пациентов на протяжении столь длительного промежутка времени. Так, затяжное, безремиссионное течение депрессии, не сопровождающееся динамическими изменениями (трансформация клинической картины, приобретение нажитых характерологических особенностей), представляется сомнительным.

В значительной части случаев невротическая депрессия трансформируется с течением времени в аффективную патологию эндогенного круга (рекуррентная депрессия, биполярное аффективное расстройство). По данным H.S. Akiskal et al. [76] НД сменяется аффективной патологией в 40% случаев (22% – монополярная рекуррентная депрессия; 18% биполярное аффективное расстройство). Сходные данные получены и в работе L.V. Kessing [141] – аффективная патология (моно-

---

<sup>14</sup> По-видимому, настолько разная длительность ремиссии между НД и эндогенной депрессией объясняется тем, что пациенты с НД после выписки попадают повторно в психотравмирующую ситуацию, обусловившую депрессию, в результате чего, рецидив у них развивается существенно быстрее, чем у пациентов с эндогенной депрессией, получающих хорошо подобранную психофармакотерапию.

и биполярная) регистрируется в катамнезе у 42,1% больных с невротической депрессией, при этом наиболее часто отмечается рекуррентное депрессивное расстройство (около 25%).

Возможность развития НД в клиническом пространстве эндогенно-процессуальной патологии (шизофрении и шизоаффективного расстройства) достоверно показана в масштабных эпидемиологических исследованиях. H.S. Akiskal [76] сообщает о 2% шизофрении и 1% шизоаффективного расстройства в своей катамнестической выборке. По данным L.V. Kessing [141] шизофрения<sup>15</sup> развивается у 5,3% (135 из 2541) пациентов с НД. Тем не менее, согласно имеющимся в литературе данным, подробное клиническое описание трансформации депрессивных состояний, обусловленных воздействием психотравмирующих обстоятельств, в шизофрению (а также их возникновение у лиц с шизотипическим РЛ), позволяющее составить представление о психопатологии и динамики этого процесса, имеется лишь в отношении реактивных депрессий [14,17].

Наряду с возможностью реализации НД в качестве начального этапа психогенеза в клиническом пространстве патологии аффективного круга и эндогенно-процессуальных заболеваний, имеются указания на формирование депрессивного невроза по типу психогении в рамках динамики расстройств личности [33,34]. Согласно исследованиям Н.Д. Лакосиной, при условии длительного сохранения фрустрирующего воздействия НД (манифестирующая у пациентов с определенной личностной предрасположенностью) трансформируется в невротическое развитие. Считается, что при отсутствии лечения и сохранении психотравмирующей ситуации происходит своеобразная «психопатизация невротика», когда стойкие проявления невроза фиксируются и становятся новым свойством характера, а психопатические симптомы нарастают по мере убывания невротических расстройств (таким образом, происходит амальгамированием симптомов депрессии с характерологическими чертами). Так, по результатам

---

<sup>15</sup> Речь идет о манифестных формах шизофрении, соответствующих критериям МКБ-10, без уточнения синдромальной формы.

исследований, авторами показано, что у 85 пациентов (из 97) с НД по мере динамического наблюдения выявляются нажитые характерологические расстройства. Особое указание на заострение таких личностных черт как манерность, манипулятивность, капризность, стремление вызвать к себе жалость с аггравацией собственного неблагополучия, обидчивость, связано, по мнению исследователей, с возникновением НД у лиц с ведущей истерической дименсией.

При рассмотрении описанных выше данных можно убедиться в существенной прогностической нестабильности и нозологической гетерогенности НД.

Несмотря на указания авторов на неоднородность включаемых в понятие невротической депрессии состояний и неоднозначность катамнеза (что способствует отнесению НД к синдрому, а не самостоятельной нозологии), остаются не изученными клинические характеристики невротических депрессий, реализующихся в рамках каждого конкретного заболевания: при расстройствах шизофренического спектра, аффективной патологии, в качестве психогении на траектории РЛ.

### **Преморбид и факторы риска**

В большинстве работ, посвящённых невротическим депрессиям, подчёркивается, что данная психическая патология формируется у личностей определённого типа, оказывавшихся во фрустрирующей (психотравмирующей) ситуации.

Пионерами в изучении личностных особенностей пациентов с невротической депрессией являются специалисты в области психоанализа. Так, Е. Вониме [97] придает личностному профилю пациентов с НД ведущее значение и называет такие депрессии характерогенными, подчёркивая невозможность их формирования без соответствующего невротического характера. При этом авторами даются указания на достаточно гетерогенные личностные профили пациентов с НД, сопоставимые с таковыми, приводимыми в клинически-центрированных исследованиях. Так, с одной стороны, речь идет о лицах

зависимых, с выраженным страхом сепарации, неспособных самостоятельно принимать решения, с другой, об эксплозивных, эмоционально неустойчивых, склонных к манипулятивности (что соотносится с ранее указанными данными Н. Völkel [209] и Д. Лакосиной [33]).

При этом, стоит отметить, что в парадигме клинической психиатрии личностные особенности, предрасполагающие к формированию невротической депрессии, оцениваются неоднозначно. Так, в качестве предиктора развития НД рассматриваются как категориальные расстройства личности, так и отдельные личностные дименсии.

К числу РЛ, наиболее предрасполагающих к развитию НД, согласно данным литературы, можно отнести расстройства личности тревожного круга (ананкастные, избегающие, зависимые) [33,69,209], гистрионное РЛ [26,34].

Также в работах зарубежных авторов есть указания на предпочтительное формирование невротических депрессий у личностей круга эмоционально-неустойчивых и пограничных, объединяющих в себе зависимость от чужого мнения, импульсивность, лабильность настроения, вспыльчивость, склонность к агрессивным реакциям [189,213].

Расстройства кластера А (шизоидное и шизотипическое РЛ по DSM-5), в отличие от кластеров В и С, практически не обсуждаются в литературе как преморбид НД. Тем не менее, косвенные данные о связи отдельных черт, сопоставимых с шизоидными/шизотипическими (эмоциональная отгороженность, социальная ангедония и т. д.), с обусловленными психотравмирующими воздействиями депрессиями имеются в работах ряда авторов [96,105,127,210]. Так, С. Völter [210] показано, что при шизотипическом РЛ отмечается высокий уровень нейротизма, обуславливающий большую уязвимость пациентов с расстройствами шизофренического спектра к стрессу и способствующий росту риска развития психогенных депрессивных и тревожных состояний. Также имеются указания на то, что пациенты с нарастающими негативными и когнитивными нарушениями (при расстройствах шизофренического спектра) в большей степени чувствительны к

психотравмирующим воздействиям (за счет социального дрейфа, нарастающей зависимости от окружающих и т. д.) [17,24].

Можно предположить, что в части случаев на фоне длительной психотравмы у пациентов с расстройствами шизофренического спектра формируются симптомокомплексы, сопоставимые с картиной НД, однако не получившие на современном уровне должного клинического описания и теоретической концептуализации.

Данные о дименсиях, предрасполагающих к формированию НД, менее многочисленны. Так, по мнению В.Ю. Зорина [21], склонность к формированию невротической депрессии обладают лица с характерологическими особенностями комплексной структуры, соответствующей сочетанию тревожных и истерических дименсий (с конформизмом, зависимостью в интерперсональных отношениях). Наряду с чем в работе Н. Д. Лакосиной и М. М. Труновой [34] отмечена склонность к формированию НД в том числе и у пациентов с отдельными эпиптоидными чертами: категоричность, злопамятность, косность, ригидность, склонность к застреванию на отрицательных эмоциях.

Также важно отметить, что в большинстве случаев (судя по описаниям преморбидных особенностей пациентов с НД различными авторами), выявляются характерологические особенности, присущие «моральным мазохистам» [27,133] со стремлением к зависимости и последующей фрустрацией. Согласно данным литературы психоаналитического толка, лица с чертами «морального мазохизма» неосознанно создают ситуации, в которых оказываются «жертвами», «навлекая на себя страдания» [133]. Так, пациенты при желании получить любовь и одобрение выбирают в партнеры эмоционально холодных личностей, не способных ответить взаимностью; являются зачинщиками внутрисемейных конфликтов, стремясь вызвать у окружающих чувство вины за пренебрежительное отношение к ним; длительно пребывают в ситуации, перманентно вызывающей страдания (психическое или физическое насилие, алкоголизм и/или наркомания супруга и пр.). Для «моральных

мазохистов» характерна чрезмерная чувствительность к недостатку межличностных интеракций, поддержки, руководства со стороны значимых других.

Переходя к оценке структуры триггеров, следует отметить, что в качестве психотравмирующих обстоятельств, способствующих возникновению невротической депрессии, выделяется целый ряд различных стрессорных воздействий.

Среди наиболее значимых фрустрирующих ситуаций определяются длительно существующие напряженные отношения со значимым другим (внутрисемейные конфликты с психическим и/или физическим насилием, разочарование в объекте привязанности), алкоголизм или наркомания члена семьи, длительная болезнь родственника, неурядицы, связанные с конфликтами на работе, начальством, низкий уровень дохода и/или понижение в должности [106,107,207].

Некоторыми исследователями [34] проводится достаточно условное разграничение психотравмирующих воздействий согласно гендерному признаку (с преобладанием любовных конфликтов, семейных неурядиц в качестве патогенетического фактора у женщин, и профессиональных неудач, финансовых затруднений – у мужчин).

Облигатным условием для возникновения невротической депрессии ряд авторов считает наличие длительно существующей неразрешимой психотравмирующей ситуации [21,117]. В данном случае неразрешимость понимается субъективно – не вообще, а в частности, для данного пациента. Для возникновения невротической депрессии нужна психогенная ситуация, адекватная данной личности.

Еще одним важным аспектом предрасположения к формированию невротических депрессий, «связывающим» личностную патологию и стрессовые

события, является так называемый феномен виктимности<sup>16</sup>, характеризующий способность пациента становиться жертвой сложившихся обстоятельств.

Согласно данным ряда авторов [27,69,133], возникновение психотравмирующих обстоятельств (при явлениях виктимизации) частично опосредуется самими пациентами, в связи с чем зачастую «неудачной» становится вся жизнь больного. Из-за личностных особенностей и ригидных установок лица с невротическими депрессиями не в силах самостоятельно разрешить ситуацию. Несмотря на правильность оценки внешних обстоятельств в целом, а также осознание бесперспективности своих надежд на разрешение фрустрирующей ситуации в будущем, пациенты продолжают пребывать в прежней обстановке [39,117,134,180].

Таким образом, можно заключить, что феномен виктимизации более точно определяет механизмы формирования невротических депрессий, нежели чем повсеместно используемый термин «фрустрация», поскольку предусматривает более широкую базу факторов, провоцирующих депрессии, объединяя в себе значимую роль личностной predisпозиции и вклад внешних психотравмирующих воздействий.

\*\*\*

Несмотря на практически столетнюю историю, проблема невротических депрессий остается нерешенной.

Дискутабельным представляется вопрос о типичном преморбиде пациентов с НД. Наряду с характерологическими особенностями, присущими личностям кластера С [33,69,209], авторы выделяют и черты, характерные для драматического кластера [34], психопатий круга эмоционально неустойчивых [189]. Имеются данные о возможности развития депрессивных состояний,

---

<sup>16</sup> Термин «виктимность» берет начало из криминальной психологии [70], где исторически обозначал вероятность стать жертвой преступления в следствие личностных особенностей, образа жизни, характера социальных связей и т. д. В соответствии с этим выделялись лица с высокой или низкой виктимностью.

схожих по клиническим характеристикам с НД, у пациентов с шизотипическим РЛ [210]. Удастся установить, что одним из облигатных факторов, соучаствующих в формировании депрессивного невроза, выступает феномен виктимизации [39,117,134,180], характеризующий способность пациентов оказываться и длительно пребывать в психотравмирующей обстановке.

Несмотря на большое число клинических описаний и наличие формализованных критериев, клиническая структура невротических депрессий нуждается в уточнении, а одной из первостепенных задач представляется определение типологии НД. При этом целесообразной является разработка типологической дифференциации, основывающейся на разнородности психопатологических комплексов депрессий [14].

В обобщении нуждаются и данные о прогнозе НД.

Закономерным следствием различного преморбида, неоднородности клинических проявлений и многообразия прогнозов является вопрос о клинической гетерогенности НД.

Так, одни авторы относят невротическую депрессию к динамике расстройства личности [34], считая ее начальным этапом невротического развития, другие указывают на возможный переход в аффективное заболевание эндогенного круга [76,141]. Имеются косвенные данные о связи НД с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (как в аспекте предрасположения пациентов с шизофренией к НД, так и в аспекте трансформации НД в шизофрению с течением времени) [76,105,127,141]. Однако среди клинических описаний психогенных депрессий при шизофрении имеются лишь данные в отношении реактивных депрессий [14,17].

Стоит отметить, что по настоящее время неустановленными являются взаимоотношения психопатологической структуры НД и их нозологической принадлежности.

Все вышеизложенные данные указывают на несостоятельность концепции НД в качестве отдельной нозологической единицы, в связи с чем наиболее целесообразным представляется рассматривать невротическую депрессию в



качестве симптомокомплекса, реализующегося в рамках того или иного заболевания.

## ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование выполнено в период с 2016 по 2019 гг. в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – академик РАН, проф. А.Б. Смулевич) ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья» (директор – проф., д.м.н. Т.П. Ключник).

В основу работы положены результаты изучения пациентов, состояние которых на момент обследования определялось невротической депрессией, проходивших стационарное лечение в ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья» (директор – проф., д.м.н. Т.П. Ключник) и в психотерапевтическом отделении (зав. отделением – д.м.н. Б.А. Волель) Университетской клинической больницы №3 (гл. врач – к.м.н., заслуженный врач РФ В.В. Панасюк) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (ректор – академик РАН, проф. П.В. Глыбочко).

Дизайн настоящего исследования предполагал проведение двух этапов (см. рисунок 1).



Рисунок 1 – Схема дизайна исследования

Первый этап исследования включал скрининг депрессивных расстройств среди 285 пациентов, проходивших стационарное лечение в ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья» (147 наблюдений) и в психотерапевтическом отделении (138 наблюдений) УКБ №3 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, давших информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Процедура скрининга депрессивных расстройств включала клиническое интервью с оценкой психического статуса и последующее применение Шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HAM-D – Hamilton Rating Scale for Depression) и опросника Холмса-Рея для оценки стрессогенных событий (The Holmes-Rahe Life Stress Inventory). Пороговыми значениями включения в исследование являлся результат 8 баллов по HAM-D, 150 баллов по опроснику Холмса-Рея. На первом этапе было отобрано 149 пациентов с депрессивными расстройствами, соответствующими депрессиям, возникновение которых обусловлено психотравмирующими факторами.

На втором этапе в результате комплексного клинического обследования сформирована клиническая выборка, составившая 92 пациента с невротическими депрессиями (47 пациентов на момент обследования проходили стационарное лечение в ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья», 45 пациентов – в ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова УКБ №3, психотерапевтическое отделение).

При планировании настоящего исследования возникла необходимость уточнения характеристик невротической депрессии с целью выявления отличий от других аффективных расстройств, поскольку в современных классификациях (МКБ-10 и DSM-5) такое разграничение не проводится, а все многообразие депрессивных состояний рассматривается в пределах определенного ряда категорий: «Депрессивное расстройство» (F32, МКБ-10), «Рекуррентное депрессивное расстройство» (F33, МКБ-10), «Дистимия» (F34.1, МКБ-10).

В связи с чем разработаны исследовательские критерии включения на основании общих признаков заболевания по МКБ-8, МКБ-9 и клинических характеристик в работах, посвященных невротической депрессии:

- 1) Возраст пациентов от 18 до 65 лет;
- 2) Непосредственная связь психического неблагополучия с длительно воздействующим стрессогенным фактором;
- 3) Наличие на момент обследования депрессивного состояния, соответствующего признакам невротической депрессии, включающего в себя денотативный комплекс (тревожно-фобический и сверхценный – как наиболее часто описываемые в доступной литературе – см. главу 1), астено-невротические проявления и соматизированные расстройства на фоне гипотимии;
- 4) Соответствие выраженности клинических проявлений депрессии легкой/средней степени (F32.0, F32.1, при рекуррентном течении F33.0, F33.1; МКБ-10), дистимии (F34.1); пролонгированной депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации (F43.21);
- 5) Длительность депрессий не менее шести месяцев.

Критерии невключения: 1) депрессивные эпизоды тяжелой степени (F32.2, F32.3); витальные симптомы депрессии на момент первичного обследования (тоска, патологический циркадный ритм, суицидальные идеации); 2) признаки манифестного шизофренического/ шизоаффективного психоза; 3) органическое психическое расстройство (F00-F09, МКБ-10); 4) психические и поведенческие нарушения вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19, МКБ-10); 5) умственная отсталость (F70-F79, МКБ-10); 6) наличие симптомов тяжелой соматической патологии в стадии декомпенсации.

Ведущим методом решения поставленных в исследовании задач являлся клинический с использованием психометрических методик.

Для определения структуры и выраженности депрессивных проявлений в ходе исследования использовалась Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HAM-D – Hamilton Rating Scale for Depression).

Также в исследовании также задействованы шкалы MFI-20 – Multidimensional Fatigue Inventory/Субъективная шкала оценки астении<sup>17</sup> [195], SANS – Scale for the Assessment of Negative Symptoms/шкала оценки негативной симптоматики [84], PANSS – The Positive and Negative Syndrome Scale/Шкала оценки позитивных и негативных синдромов [139], использование которых обосновано имеющимися в литературе данными о возможности возникновения депрессивного невроза в рамках расстройств шизофренического спектра [105,127] и его диагностической нестабильности с переходом в эндогенно-процессуальную патологию [76,141].

Необходимым являлось привлечение катамнестического подхода (средняя длительность катамнеза составляла  $19,6 \pm 6,4$  месяцев) для оценки динамики и прогнозов невротической депрессии (катамнестические данные получены у 70 пациентов).

Обязательным условием диагностической процедуры было обсуждение каждого наблюдения на расширенной консультации под председательством академика РАН, проф. А.Б. Смулевича.

В связи с необходимостью оценки личностного вклада в развитие невротических депрессий также проведено патопсихологическое обследование пациентов с применением блока психологических методик<sup>18</sup> (проба Мюнстерберга, корректурная проба, «Исследование быстроты мышления», «Сравнение понятий», «10 слов», «Пиктограммы», таблица Шульте) и опросников (ОЧХ-В – опросник черт характера взрослого человека; SPQ-A – Schizotypal Personality Questionnaire для оценки шизотипических черт личности (необходимость использования которого продиктована планируемым включением в выборку пациентов с различной личностной предрасположенностью, в

---

<sup>17</sup> MFI-20 – Multidimensional Fatigue Inventory/Субъективная шкала оценки астении [195], включает в себя оценку 5 основных показателей (общая астения, пониженная активность, снижение мотивации, физическая и психическая астения) по 20 пунктам с 5-балльной системой. Наивысший балл отражает самую высокую тяжесть астении.

<sup>18</sup> Патопсихологическое обследование проведено клиническим психологом, м.н.с. В.М. Лобановой.

том числе с характерологическими девиациями кластера А – DSM-5); SCL-90 – Symptom Checklist-90<sup>19</sup>).

Для оценки стрессогенных событий использовался опросник Холмса-Рея<sup>20</sup>.

При оценке эффективности терапии наряду с остальными психометрическими методиками применялась «Шкала общего клинического впечатления» (CGI), показатели которой указывают на тяжесть состояния (CGI-S), а также его динамику (CGI-I) с оценкой по 5 пунктам («выраженное улучшение», «существенное улучшение», «незначительное улучшение», «без перемен», «ухудшение»).

С целью оценки нежелательных явлений назначаемой психофармакотерапии использовалась «Шкала оценки побочных эффектов» (Side effects rating scale – UKU [161])<sup>21</sup>.

В настоящем исследовании применялись статистические методы обработки данных. Статистический анализ осуществлялся при помощи программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc, США). Использовались данные описательной статистики (средние значения, стандартные отклонения), для

---

<sup>19</sup> ОЧХ-В – опросник черт характера взрослого человека [49] содержит 80 утверждений, в которых используется 4-балльная система ответов, что позволяет получить личностный профиль, состоящий из «дезакцентуаций», «нормы» и «акцентуаций» по 10 основным шкалам; SPQ-A – Schizotypal Personality Questionnaire [181] для оценки шизотипических черт личности; SCL-90 – Symptom Checklist-90 [112] включает в себя 90 утверждений для 12 шкал («соматизация», «обсессивно-компульсивные расстройства», «интерперсональная чувствительность», «депрессия», «тревожность», «враждебность», «навязчивые страхи», «параноидность», «психотизм», «общий индекс тяжести», «индекс тяжести наличного дистресса», «число беспокоящих симптомов»). Выраженность симптомов оценивается по 5-балльной системе (от 0 до 4 баллов).

<sup>20</sup> Опросник Холмса-Рея – The Holmes-Rahe Life Stress Inventory [129] – состоит из 43 пунктов. Количество баллов определяет вероятность развития психосоматического заболевания: так, при сумме 150-300 баллов вероятность равна 50%, а в случае выявления более 300 баллов – приближается к 80%.

<sup>21</sup> Шкала содержит список из 26 побочных эффектов, наличие и степень выраженности каждого из которых оцениваются в баллах от 0 до 3. Общая оценка переносимости, побочных эффектов лекарственных агентов производилась с учетом данных, полученных при клинической беседе, наблюдении, информации от медперсонала.

выявления межгрупповых различий применялись точный критерий Фишера, а также непараметрический метод (U-критерий Манна-Уитни). Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

Выборку составили 92 пациента (женщин – 85, мужчин – 7). Средний возраст пациентов на момент первичного обследования составлял  $35,5 \pm 11,6$  лет. Гендерное распределение пациентов изученной выборки характеризовалось значительным преобладанием лиц женского пола (92,4%), что согласуется с данными литературы о большей распространенности невротических депрессий у женщин [100;208].

Социо-демографические показатели клинической выборки представлены в Таблице 3.

Таблица 3 – Социо-демографическая характеристика выборки (n=92)

Показатель		Число больных	
		Абс.	%
Образование	Высшее	61	66,3
	Неоконченное высшее	14	15,2
	Среднее специальное	17	18,5
Трудовой статус	Работают	45	48,9
	Не работают	47	51,1
	Из них инвалиды по психическому заболеванию	0	-
Семейный статус	В браке	58	63,0
	Холосты	19	20,7
	Разведены	15	16,3
	Вдовцы	0	-
Социальный статус	Студенты	11	11,9
	Служащие	26	28,3
	Предприниматели	19	20,7
	Иждивенцы	36	39,1

Как видно из Таблицы 3, примерно у  $\frac{1}{2}$  пациентов имеются признаки социальной дезадаптации: так, несмотря на отсутствие инвалидности по психическому заболеванию, 51,1% на момент первичного осмотра длительно не работали (в то время как средние показатели безработицы среди населения

составляют 5,2%<sup>22</sup>), а 39,1% пациентов находились на иждивении у родственников (при имеющемся у подавляющего большинства – 66,3% – высшем образовании). Выявленные показатели вступают в противоречие с имеющимися данными касательно благоприятных социальных аспектов невротической депрессии [122,123].

Стоит отметить, что нормальный (при сравнении с общепопуляционными показателями<sup>23</sup>) уровень адаптации в семейной сфере (63,0% пациентов состоят в браке) контрастирует с относительно низким трудовым статусом.

Начало заболевания приходилось в среднем на возраст  $32,1 \pm 10,2$  лет. Степень выраженности депрессивных расстройств варьировалась от легкой до тяжелой (средний балл НАМ-D на момент первичного осмотра составлял  $15,6 \pm 5,1$ ), при этом стоит подчеркнуть, что подавляющее большинство в клинической выборке составляли пациенты с умеренной депрессивной симптоматикой.

Невротические депрессии во всех случаях имели тенденцию к затяжному течению. Показатели длительности аффективных фаз (в среднем  $17,9 \pm 9,9$  месяцев) сопоставимы с критериями затяжных состояний современных классификаций (МКБ-10), таких как дистимия (более 24 месяцев), пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (до 24 месяцев) и пр.

Характерологические особенности пациентов, вошедших в клиническую выборку, оказались неоднородными (см. рисунок 2).

---

<sup>22</sup> По данным Росстата (февраль 2018).

<sup>23</sup> По данным Всероссийской переписи населения (2010) в браке состоят 66,5% лиц обоего пола.



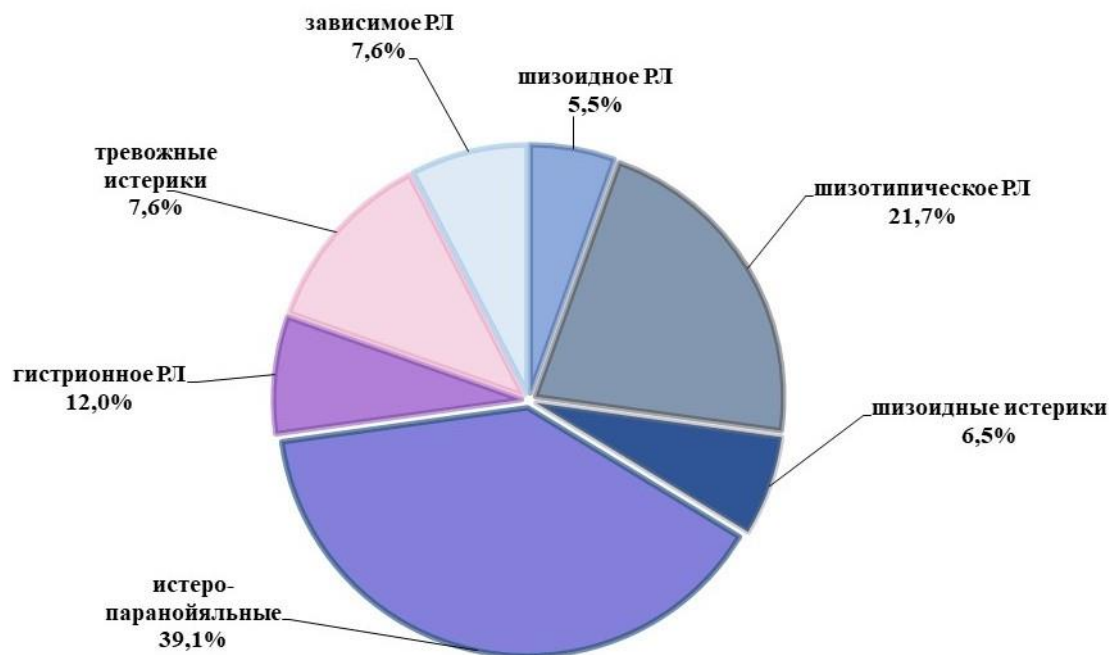


Рисунок 2 – Преморбидные особенности пациентов клинической выборки

Наряду с характерологическими девиациями кластеров В (гистрионное РЛ, тревожные истерики [168], истеро-паранойяльные [35]) – 58,7% пациентов – и С (зависимое расстройство личности) – 7,6% пациентов (DSM-5)<sup>24</sup>, определяемых исследователями в качестве соучаствующих в формировании НД [34,189], у 33,7% пациентов клинической выборки выявлены личностные черты, присущие кластеру А: шизоидное («шизоидные невротики» [5]) и шизотипическое РЛ, а также преморбидные особенности комплексной структуры – шизоидные истерики [52].

Важным патогенетическим фактором наряду с вкладом личностной predisпозиции являлись внешние фрустрирующие обстоятельства. В связи с чем целесообразно остановиться на рассмотрении триггеров, способствующих возникновению невротической депрессии. В качестве ведущих стрессоров невротической депрессии<sup>25</sup> выступали длительно существующие

<sup>24</sup> Под оценкой расстройств личности в рамках настоящего исследования подразумевается определение расстройств личности как в рамках категорий, диагностируемых в соответствии с критериями МКБ-10/DSM-5, так и в рамках одноименных личностных свойств, не являющихся патологическими (согласно «гибридной модели»/ «hybrid model» [194]).

<sup>25</sup> Рассматриваются депрессивные фазы, выявляемые на момент первичного обследования.

психотравмирующие ситуации, в которых пациент являлся «жертвой» сложившихся обстоятельств. Наиболее частые фрустрирующие воздействия, способствующие возникновению депрессии (объединенные в несколько условных групп и выделенные на основании перечня психотравмирующих событий шкалы Холмса-Рея) представлены в Таблице 4.

Таблица 4 – Распределение стрессогенных факторов в клинической выборке согласно шкале Холмса-Рея

Стрессовый фактор	Пациенты	
	абс	%
Фрустрирующие отношения со значимым другим (внутрисемейные конфликты, разочарование в объекте привязанности)	88	95,6
Длительная болезнь родственника, изменение в его поведении	46	50,0
Неурядицы, связанные с конфликтами на работе, начальством и низкий уровень дохода	32	34,8
* сумма более 100% обусловлена констелляцией неблагоприятных факторов в ряде случаев		

Можно отметить, что фрустрирующие отношения со значимым другим являлись ведущим триггерным фактором и встречались практически в 100% случаев. Помимо этого, среди психотравмирующих событий у ½ пациентов выявлялись болезнь объекта привязанности и/или изменения в его поведении, а также в 34,8% обстоятельства, лишаящие социальной поддержки (конфликты на работе, низкий уровень дохода и др.). В ряде случаев (43,5%) невротические депрессии спровоцированы констелляцией неблагоприятных факторов. Полученные данные сопоставимы с приводимыми в исследованиях ведущими категориями триггеров [33,117,209].

Нозологическое распределение диагнозов клинической выборки (рассмотренное в соотношении с диагнозами современных классификаций – МКБ-10, DSM-5) подтверждает данные ранних исследований [76,141,166] касательно гетерогенности включаемых в понятие невротической депрессии состояний и приведено в Таблице 5.

Таблица 5 – Долевое распределение пациентов в соответствии с нозологией и диагнозом по МКБ-10, DSM-5

Нозологический диагноз	Диагноз согласно критериям МКБ-10, DSM-5 <sup>26</sup>	Пациенты		Всего	
		Абс.	%	Абс.	%
Аффективная патология	Депрессивный эпизод (МКБ-10, F32.1)	7	7,6	28	30,4
	Рекуррентное депрессивное расстройство (МКБ-10, F33.1)	12	13,0		
	Дистимия (МКБ-10, F34.1)	9	9,8		
Расстройство личности <sup>27</sup>	Истерическое расстройство личности (МКБ-10, F60.4)	29	31,5	33	35,9
	Шизоидное расстройство личности (МКБ-10, F60.1)	4	4,4		
Расстройства шизофренического спектра	Шизотипическое расстройство личности (DSM-5, 301.22)	15	16,3	31	33,7
	Шизотипическое расстройство (МКБ-10, F21)	16	17,4		

Согласно полученным данным, состояния, соответствующие критериям невротической депрессии, могут формироваться не только в рамках аффективных заболеваний. Так, наряду с «рекуррентным депрессивным расстройством», «депрессивным эпизодом» и «дистимией» выявлялась и неаффективная патология («шизотипическое расстройство», «расстройство личности»). При достаточно однородном распределении диагнозов в

<sup>26</sup> Использование DSM-5 обусловлено исключительно необходимостью уточнения критериев диагноза «Шизотипическое расстройство личности». При этом, несмотря на принадлежность шизотипического РЛ к оси II (согласно DSM-5), в настоящем исследовании такого рода состояния отнесены к группе расстройств шизофренического спектра.

<sup>27</sup> Диагноз «расстройство личности» выставлялся в соответствии с ведущей личностной дименсией.

клинической выборке все же следует отметить, что в 33,7% случаев выявлялась психическая патология круга расстройств шизофренического спектра («шизотипическое расстройство», «шизотипическое расстройство личности»), что контрастирует с данными, имеющимися в доступной литературе [34,76,141].

Обобщая совокупность приведенной в данной главе материалов, следует отметить, что выборка по объему, однородности представляется репрезентативной для оценки клинико-психопатологических характеристик и динамики невротической депрессии.

### ГЛАВА 3. КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ

На основании проведенного комплексного обследования пациентов установлено, что состояния, объединяемые термином «невротическая депрессия», гетерогенны по клинической структуре, что согласуется с приведенными в обзоре литературы настоящей работы сведениями [76,141,146,166]. Данный факт обуславливает необходимость разработки типологической дифференциации НД. Однако, прежде чем обратиться к изложению сформированной в исследовании типологии, целесообразно остановиться на рассмотрении общих психопатологических характеристик, присущих депрессивным состояниям пациентов, вошедшим в клиническую выборку (92 наблюдения).

Прежде всего, ведущим в клинической картине невротических депрессий является гипотимный аффект (в виде подавленности, слезливости, тревоги, раздражительности), возникающий в ответ на длительно существующую психотравмирующую ситуацию.

Особое место в структуре депрессивных состояний занимает персистирующий содержательный комплекс. Стоит отметить, что в доступной литературе наиболее часто встречаются описания двух денотативных комплексов НД: собственно невротического (тревожно-фобический) и сверхценного<sup>28</sup>.

Тревожно-фобический комплекс определяется преобладанием сепарационной тревоги и сопровождается формированием личностного паттерна виктимности<sup>29</sup> – позиции жертвы существующих психотравмирующих обстоятельств [26,33,68,209,213].

---

<sup>28</sup> Перечисленные денотативные комплексы ранее указаны в критериях включения настоящего исследования (см. главу 2).

<sup>29</sup> Следует отметить, что феномен виктимизации более точно определяет механизмы формирования невротических депрессий, нежели чем термин «фрустрация», поскольку предусматривает более широкую базу факторов, провоцирующих депрессии (объединяет в

Сверхценный комплекс, выявляемый у пациентов с НД, сопряжен с явлениями пограничной эротомании [46], сопровождающейся формированием любовной аддикции (love addiction [115]), подчас достигающей уровня одержимости [20,72,75].

Наряду с собственно аффективными симптомокомплексами в структуре НД представлены астено-невротические проявления (в виде гиперестетической астении), а также соматизированные расстройства (органоневротическая, конверсионная симптоматика).

Стоит отметить, что типичные для аффективных расстройств нарушения сна и аппетита переменны по выраженности и не являются облигатными для пациентов с НД.

Удается выявить (в том числе и при обобщении результатов научных работ, посвященных НД), что разграничение между выделенными группами пациентов наиболее целесообразно проводить на основании особенностей психопатологического комплекса [14], который может быть предиктивным в отношении основных клинических характеристик, а также динамики и исходов депрессивных состояний.

В связи с чем пациенты с невротическими депрессиями (92 наблюдения) в настоящем исследовании распределяются на две группы:

- Первая – невротические депрессии с виктимизацией со страхом сепарации – тревожно-фобический комплекс (49 наблюдений);
- Вторая – невротические депрессии с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании, – сверхценный комплекс (43 наблюдения).

При этом необходимым является рассмотрение возможности реализации психопатологически неоднородных синдромов в условиях влияния тождественных (на первых взгляд) стрессогенных факторов.

---

себе значимую роль личностной predisпозиции и вклад внешних психотравмирующих воздействий).

В этой связи, предваряя описание клинических характеристик выделенных групп невротических депрессий, представляется целесообразным отдельно рассмотреть распределение основных триггерных событий в двух группах. Характеристики психотравмирующих обстоятельств для выделенных групп НД представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Сравнительная характеристика стрессогенных факторов Шкалы Холмса-Рея при невротической депрессии

Стрессовый фактор	% пациентов	
	НД с виктимизацией со страхом сепарации	НД с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании
Усиление конфликтности в отношениях с супругом	83,7	100
Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв отношений	79,6	81,4
Улаживание брачных конфликтов	77,5	62,8
Изменение в состоянии здоровья или в поведении члена семьи	75,5	-
Проблемы с родственниками мужа (жены)	71,4	-
Сексуальные проблемы	69,4	-
Изменение условий или часов работы	44,9	-
Изменение числа живущих вместе членов семьи	34,7	-
Изменение финансового положения	32,6	-
Повышение служебной ответственности (продвижение по службе, понижение, перевод)	28,6	-
Изменение условий жизни	24,4	-
Серьезные изменения в бизнесе (реорганизация на работе, банкротство)	20,4	-
Супруг бросает работу (находит новую)	18,4	-
Проблемы с начальством	16,3	-
Уход сына или дочери из дома	14,3	-
Уход на пенсию	8,2	-
*сумма более 100% объясняется констелляцией в 43,5% ряда психотравмирующих факторов		

Как видно из Таблицы 6, в обеих группах преобладающими являются триггеры, связанные с внутрисемейными конфликтами, неурядицами в браке. В первой группе выявляются и иные фрустрирующие обстоятельства (болезнь члена семьи, финансовые трудности, потеря работы и пр.). Как указывалось ранее, в ряде случаев (43,5%) определяется констелляция психотравмирующих факторов. Во второй группе, в отличие от пациентов с невротическими депрессиями с явлениями виктимизации, круг стрессогенных воздействий ограничивается исключительно фрустрирующими отношениями со значимым другим.

Подробная психопатологическая характеристика клинических групп приводится ниже.

**Невротические депрессии с виктимизацией со страхом сепарации – тревожно-фобический комплекс (49 пациентов, 42 женщины, 7 мужчин, средний возраст –  $38,1 \pm 10,6$  лет)**

Депрессии у пациентов данной группы провоцируются психотравмирующими ситуациями в виде длительных внутрисемейных неурядиц (наркомания/ алкоголизм/ гэмблинг значимого другого, бытовые ссоры), конфликтов на рабочем месте. При этом облигатным условием является неспособность пациента разрешить психотравмирующую ситуацию: целая совокупность неблагоприятно складывающихся обстоятельств представляется непреодолимой (см. Таблицу 6).

Длительное пребывание в стрессогенной обстановке опосредовано рядом присущих пациентам данной группы личностных паттернов.

В первую очередь, среди ведущих психологических особенностей у пациентов выявляется наличие психастенических свойств. Так, лица данной группы отличаются конформностью, боязливостью, повышенной тревожностью, склонностью к самокопанию и рефлексии, несамостоятельностью в принятии решений, что подтверждается средними показателями по шкале «тревожность»



в опроснике SCL-90 —  $1,9 \pm 0,4$  балла ( $p < 0,01$ ), а также ОЧХ-В: выраженная акцентуация по шкалам эмотивности ( $8,4 \pm 1,7$ ,  $p < 0,01$ ), тревожности ( $7,2 \pm 0,7$ ,  $p < 0,01$ ), дистимности ( $8,6 \pm 0,6$ ,  $p < 0,01$ ) и деакцентуации по шкалам гипертимности ( $2,0 \pm 1,1$ ,  $p < 0,01$ ) и циклотимности ( $3,3 \pm 0,5$ ,  $p < 0,01$ ), возбудимости ( $1,5 \pm 1,0$ ,  $p < 0,01$ ) и демонстративности ( $4,3 \pm 0,6$ ,  $p < 0,01$ ).

Наряду с психастеническими чертами, в большинстве случаев пациенты имеют личностные особенности, присущие «моральным мазохистам» (87,7% пациентов) [27]. Следует отметить, что под термином «моральный мазохизм» в психоаналитической литературе принято понимать создание пациентами ситуаций, способствующих навлечению страданий [133]. При этом для «моральных мазохистов» характерна чрезмерная чувствительность к недостатку межличностных интеракций, поддержки, руководства со стороны значимых других.

Таким образом, облигатным свойством для всех лиц с невротической депрессией с тревожно-фобическим комплексом является феномен виктимизации, ассоциированный с невозможностью изменить, покинуть сложившуюся ситуацию с подчас многолетним (в среднем  $3,2 \pm 1,1$  лет) пребыванием в психотравмирующей обстановке. По существу, пациенты данной группы являются жертвами собственной беспомощности и зависимости.

При квалификации характерологических особенностей пациентов данной группы в рамках современных классификаций установлено, что среди преморбидных черт выявляются личностные девиации, присущие кластеру А (DSM-5): шизоидное расстройство личности – шизоидные невротики [5] – 10,2% пациентов, шизотипическое расстройство личности (301.22, DSM-5) (40,8%), а также особенности комплексной структуры (шизоидные истерики [52]) – 12,2%. Полученные данные подтверждаются достаточно высокими баллами в опроснике для оценки шизотипических черт личности – SPQ-A ( $45,2 \pm 8,1$ ,

$p < 0,01^{30}$ ) с наивысшим средним баллом в подшкале «избыточная социальная тревожность» ( $5,8 \pm 0,9$ ,  $p < 0,01$ ). У 1/3 пациентов (36,7%) отмечаются конституциональные черты кластеров В и С. Так, у 22,4% пациентов выявлены характерологические девиации, присущие лицам истерического круга (тревожные истерики [168]), а у 14,3% - черты зависимого расстройства личности.

Во всех изученных случаях речь идет о тревожных депрессиях. На первый план выступает гипотимный аффект с преобладанием подавленности, слезливости (средний балл НАМ-D  $19,0 \pm 4,7$ ). При этом угнетенное настроение (с ощущением несостоятельности, пессимистичности) неотделимо от персистирующего тревожно-фобического комплекса, определяющегося страхом сепарации [8,163,164].

Пациенты, испытывая желание разрешить длительно существующую психотравмирующую ситуацию (оформить развод с конфликтным супругом, уволиться с не устраивающей работы и пр.), но, сомневаясь в своих способностях обеспечить собственное существование, продолжают пребывать в стрессогенной обстановке. При этом, в силу личностных особенностей пациентов (в виде зависимости, боязливости), любые обстоятельства, требующие даже непродолжительной по времени разлуки с родственниками с необходимостью проявления собственной самостоятельности, непременно приводят к усилению тревоги. В связи с чем денотат депрессии составляют тревожные размышления с идеями неудовлетворенности собственной жизнью, несостоятельности (в семейной, профессиональной сферах), самоупреки в нерешительности, вынужденной зависимости от членов семьи наряду со страхом потери связи со значимыми другими. Пациенты убеждены в собственной причастности к неблагоприятно складывающейся обстановке.

---

<sup>30</sup> Коэффициент достоверности отражает показатели статистического сравнения достоверности различия усредненных значений по пунктам шкал между двумя группами.

Наряду с собственно гипотимным аффектом и тревожно-фобическим комплексом сосуществует астено-невротическая симптоматика. Так, в клинической картине определяются признаки гиперестетической астении с обостренной чувствительностью к внешним раздражителям с непереносимостью звуков, света с преобладанием физической (с вялостью, пассивностью, снижением жизненного тонуса) над психической (в виде ухудшения памяти, концентрации внимания) астенией (со средним значением выраженности астении по шкале MFI-20 –  $56,0 \pm 12,9$ ) [53]. В ряде случаев (44,0%) отмечается присоединение черт реактивной лабильности [145] с неспособностью сдерживать раздражительность в ответ даже на незначительные внешние стрессовые воздействия.

Среди других клинических особенностей невротических депрессий данной группы – соматизированные проявления (определявшиеся в 83,7% случаев) в виде сердечно-сосудистых, гастроинтестинальных, дыхательных феноменов («этап соматических жалоб» по Н.Д. Лакосиной, М.М. Труновой [34]), а также разнообразных телесных ощущений (внутренний тремор, приливы жара и озноба, парестезии, чувство дурноты, тошноты).

Ухудшение самочувствия пациенты отмечают в вечернее время, что, в первую очередь, определяется большей выраженностью астенических проявлений.

Выявляются нарушения сна (у 87,7% пациентов) по типу ранней инсомнии, что обусловлено наплывами тревожных руминаций.

Несмотря на то, что 89,8% пациентов отмечают снижение аппетита, не определяется выраженная потеря массы тела.

Следует отдельно отметить, что у 67,3% пациентов в анамнезе выявлено наличие психогенных депрессий: у 38,8% – реактивных (смерть значимого другого, разрыв любовных отношений), 28,5% – невротических (уход за тяжело больным родственником, неурядицы на рабочем месте).

При этом начало настоящего эпизода НД у пациентов данной группы приходится в среднем на возраст  $36,5 \pm 9,4$  лет. Длительность депрессивных состояний на момент первичного осмотра составляет  $19,1 \pm 8,7$  месяцев.

Важно подчеркнуть, что наследственная отягощенность аффективными расстройствами (наличие у родственников первой и второй степени родства верифицированных диагнозов, либо симптоматики, соответствующей критериям категорий «депрессивный эпизод», «рекуррентное депрессивное расстройство», «дистимия») мало характерна для пациентов с невротическими депрессиями с явлениями виктимизации со страхом сепарации и определяется лишь в 20,4% случаев.

Среди наиболее часто устанавливаемых диагнозов у пациентов данной группы – расстройства шизофренического спектра (шизотипическое расстройство (МКБ-10, F21) – 32,7%, шизотипическое расстройство личности (DSM-5, 301.22) – 30,6%). В гораздо меньшем количестве случаев определяются заболевания аффективного круга (МКБ-10, F32.1 / F33.1 / F34.1) – 26,5%; расстройства личности (МКБ-10, F60.4) – 10,2%.

Особенности психопатологической структуры невротических депрессий с явлениями виктимизации со страхом сепарации отражены в следующем клиническом наблюдении.

### **Пациентка Б. Е. В., 36 лет**

Наследственность манифестными психозами не отягощена.

#### Линия матери

Бабка (83 года) – по характеру энергичная, общительная, властная, упрямая. Вплоть до пенсии работала на должности старшей медицинской сестры.

Дед – по характеру ведомый. Работал водителем автобуса.

Мать (57 лет) – предприниматель. Демонстративная, капризная, всегда отличалась эгоистичностью, авторитарностью.

#### Линия отца

Бабка – умерла в 70 лет от онкологического заболевания. По характеру была тревожной, впечатлительной. Работала учителем младших классов. Известно, что на протяжении всего периода замужества терпела придирки со стороны супруга. На фоне скандалов возникала подавленность, плаксивость, повышенная утомляемость, нарушения сна. Эпизоды гипотимии длились до недели и обходились самостоятельно. К врачам по этому поводу не обращалась.

Дед – умер в 65 лет от сердечно-сосудистой патологии. Был категоричным, напористым. Занимал руководящие посты в партийных органах.

Отец (60 лет) – по характеру малоэмоциональный, скрытный. Злоупотреблял спиртным, случались запои до нескольких дней. Работал инженером на заводе.

Дочь (7 лет) – общительная, капризная. Ученица 1 класса школы.

Пациентка родилась от нормально протекавшей беременности в срок. В раннем развитии от сверстников не отставала.

Росла тихой, послушной, неконфликтной. В семье слыла «идеальным ребенком». Будучи несамостоятельной в принятии решений, следовала советам и указаниям старших родственников. При этом откровенной ни с кем из родных не была. В компании приятелей предпочитала находиться на вторых ролях. Много читала. Интересовалась тематикой зарождения Вселенной, доисторическим миром, собирала коллекцию игрушечных динозавров.

Формировалась впечатлительной, пугливой: вплоть до младшего школьного возраста сохранялся страх темноты, засыпала с включенным ночником.

Отличалась склонностью к самокопаниям и рефлексии. Если попадала в неприятную ситуацию, по нескольку дней «прокручивала» ее в голове, не могла отвлечься от мыслей о произошедшем. Анализировала минувшие события, винила себя в промахах, моделировала «правильный» сценарий развития случившегося.

Детские дошкольные учреждения посещала с 3 лет. Адаптировалась с трудом, при расставании с родителями плакала. В тот период времени стала

более замкнутой, необщительной, пассивной. Каждый раз по возвращению из детского сада всюду следовала за матерью, опасалась остаться одна.

Часто болела; респираторные инфекции, ангины в период реконвалесценции сопровождались длительно сохраняющимся субфебрилитетом, общей слабостью. При поездках в транспорте возникала тошнота (эпизодически вплоть до рвоты), плохо переносила душные помещения, неоднократно возникали предобморочные состояния с потемнением в глазах. Быстро утомлялась от умственных и физических нагрузок, что сохранялось вплоть до подросткового возраста.

В школу пошла с 7 лет. Училась преимущественно на «хорошо», лучше успевала по точным наукам. Во время ответов у доски испытывала волнение с выраженными вегетативными реакциями: учащение сердцебиения, приливы жара, чувство нехватки воздуха, похолодание, повышенная потливость и тремор рук. Опасалась забыть выученный материал, опозориться на глазах у всего класса. Близкими друзьями не обзавелась. В свободное время обучалась игре на виолончели.

После окончания школы (17 лет), не имея особых предпочтений в выборе профессии, по настоянию матери поступила в экономический институт. Во время обучения отмечалось усиление ранее присущей тревожности: при публичных выступлениях, ответах на экзаменах из-за выраженного волнения не могла сосредоточиться.

По окончании вуза (22 года) работала бухгалтером. К выполнению обязанностей подходила ответственно. В период сдачи ежеквартальных отчетов, опасаясь допустить ошибку, допоздна засиживалась на работе, многократно перепроверя документацию. С сотрудниками общалась преимущественно по рабочим вопросам, не конфликтовала, сглаживала «острые углы», со всеми поддерживала ровные отношения.

Менструации с 14 лет, регулярные, безболезненные, аффективными колебаниями не сопровождались.

Выраженного интереса по отношению к противоположному полу вплоть до 25 лет не испытывала.

Замуж вышла в 27 лет. В женихе привлекала уверенность в себе, решительность, проявления заботы. Отношения изначально складывались ровные, доверительные. В семье была на вторых ролях, полностью доверяла супругу ведение бюджета. Свободное время проводила дома, где много хлопотала по хозяйству, а также в кругу своих родственников или друзей мужа. Несамостоятельная в ведении быта, при решении любых вопросов по-прежнему прислушивалась к советам матери или супруга.

Беременность в возрасте 29 лет, протекала физиологически, изменениями аффективного фона не сопровождалась. Роды в срок. Снижения настроения в послеродовом периоде не отмечалось. Была крайне тревожной матерью: по несколько раз за ночь подходила к кроватке, прислушивалась, дышит ли дочь. В связи с частыми респираторными заболеваниями, отитами и ангинами у дочери, проходила с той многочисленными обследования, аккуратно выполняла предписания врачей. Опасаясь возможности усиления болезненности ребенка, решила не отдавать дочь в детский сад, воспитывать на дому. Следила за соблюдением режима ребенком, не отпускала без присмотра на улицу, с целью всестороннего развития водила на различные кружки и секции, проверяла школьные домашние задания и пр. При этом во всем потакала дочери, исполняла любую прихоть, закрывала глаза на ее частые истерики. К работе в дальнейшем не приступала.

С 30 лет ухудшение отношений с супругом (задержки мужа на работе, его алкоголизации). При этом не выказывала недовольства, терпела придирки с его стороны. Несмотря на то, что стремилась угодить супругу (много хлопотала по хозяйству, старалась следить за внешним видом, предпринимала попытки найти подработку), упреков меньше не становилось. В этот период эпизодически (до 2-3 раз в месяц) отмечались нестойкие снижения настроения, что обходилось самостоятельно по мере разрешения психотравмирующей ситуации.

Отчетливые эпизоды психического неблагополучия длительностью до 2 недель с 32 лет. В такие периоды преобладала подавленность, слезливость, «прокручивала» в голове мысли о несостоятельности семейной жизни, винила себя в сложившейся ситуации. Доминировали представления о собственной никчемности в качестве супруги, неспособности вести быт и наладить отношения с мужем. Острее, чем раньше, реагировала на придирки и алкогольные эксцессы супруга. Ранее сдержанная, теперь в кругу близких быстро теряла самообладание, срывалась по мелочам, могла расплакаться по незначительному поводу, после чего на протяжении нескольких часов чувствовала себя «морально истощенной», нуждалась в отдыхе. Становилась несобранной, рассеянной, быстро утомлялась как от психоэмоциональных, так и физических нагрузок. Отмечала лабильность артериального давления с эпизодическими понижениями до 90/60 мм.рт.ст. Обострилась чувствительность к громким звукам, резким запахам. Эпизодически нарушался сон. На фоне конфликтных отношений с мужем избегала интимной близости, спала с дочерью.

Несмотря на ухудшение внутрисемейной обстановки, надеялась на положительный исход ситуации. При этом на фоне кратковременной стабилизации отношений с супругом отмечала значительное улучшение самочувствия: выравнивался фон настроения, не беспокоили тревожные мысли, рассеянность, нормализовался аппетит. Однако, даже в благополучные периоды сохранялась эмоциональная лабильность, чувствительность к внешним раздражителям.

Настоящее ухудшение состояния в возрасте 34 лет, связанное с угрозой оформления развода, а также пневмонией у дочери с необходимостью ее срочной госпитализации. Возникла тревога, стойкое снижение настроения с подавленностью, плаксивостью. «Прокручивала» в голове мысли о неудачной семейной жизни, неудовлетворенности браком. Доминировал страх остаться одной с ребенком без финансовой поддержки, опасалась оказаться перед необходимостью самостоятельно обеспечивать себя и дочь. Из-за постоянных наплывов мыслей была рассеяна, отмечались трудности сосредоточения.



Утомлялась даже от повседневных дел. В связи с нарастанием физической слабости ближе к вечеру, переносила все важные дела на первую половину дня. На высоте усталости беспокоили трудности концентрации внимания, несобранность, нарушения сна. Снижился аппетит, однако в весе значительно не теряла. Отмечала улучшение самочувствия при отвлечении на уход за ребенком, а также при нахождении вне дома. Для облегчения состояния употребляла до полулитра пива или вина 2-3 раза в неделю.

В связи с выраженным ухудшением самочувствия впервые обратилась на прием к психиатру, была госпитализирована в ФГБНУ НЦПЗ.

**Психическое состояние.** Выглядит на свой возраст. Одет непритязательно. Волосы чистые, уложены. Декоративной косметикой не пользуется. Выражение лица грустное, мимика несколько обеднена. Визуальный контакт поддерживает. Во время беседы сидит в однообразной напряженной позе, жестикулирует мало, тербит складки на одежде. Голос тихий, маломодулированный. Речь в нормальном темпе. На вопросы отвечает по существу, немногословно.

Себя характеризует как человека малообщительного, зависимого от мнения окружающих, склонного к рефлексии. Отличается нерешительностью, по важным вопросам советуется с родственниками. В ситуациях, требующих проявления самостоятельности, испытывает дискомфорт.

Сообщает, что выраженное ухудшение состояния на протяжении последних двух лет. Психическое неблагополучие связывает с напряженной обстановкой в семье. Терпит придирки и упреки со стороны мужа, его злоупотребление спиртными напитками. Настоящее ухудшение связывает с сочетанием ряда психотравмирующих факторов: предложение супруга оформить развод, болезнь дочери.

Испытывает сниженное настроение с подавленностью, плаксивостью. Беспокоят неотвязные мысли о конфликтах с мужем, крахе семейной жизни, невозможности дальнейшего проживания в условиях непрерывных скандалов. Одновременно испытывает страх развода. Не видит способа разрешить

ситуацию, не может понять, как найти работу и совмещать ее с заботами о дочери. Считает себя неудачницей, виновной в неурядицах.

Рассказывает, что определенных планов на будущее не строит. Несамостоятельная в разрешении жизненных коллизий, чувствует себя «загнанной в угол», «заложницей» сложившихся обстоятельств. Несмотря на желание наладить отношения с мужем, а также надежды на благоприятный исход ситуации, не имеет представления, каким образом сможет ее изменить. Понимая тщетность предпринимаемых способов решения конфликтов, не знает, какую стратегию поведения с супругом предпринять, постоянно советуется с матерью.

При этом отдельно отмечает, что при стабилизации внутрисемейной обстановки (улучшении отношений с супругом, длительном отсутствии его алкоголизаций) психическое состояние улучшается. Может отвлекаться от неблагополучия при выполнении домашних дел, занятиях с дочерью.

Беспокоит общая слабость, быстрая физическая и психическая истощаемость, в связи с чем испытывает затруднения в ведении хозяйства. Утомляется от бытовых конфликтов, срывается на родных по мелочам.

Жалуется на ощущение «кома» в горле, ускоренное сердцебиение, перебои в работе сердца, чувство нехватки воздуха, внутреннюю напряженность. Отмечает лабильность артериального давления с тенденцией к гипотонии (со снижением до 90/60 мм.рт.ст.).

Из-за постоянных наплывов мыслей беспокоят трудности сосредоточения и концентрации внимания, рассеянность, чувство несобранности.

В состоянии определяются суточные колебания: хуже чувствует себя в вечерние часы, когда наиболее выражены подавленность, наплывы тревожных мыслей, общая слабость. Appetit снижен (без потери в весе). Сон нарушен с трудностями засыпания.

Суицидальные мысли отрицает.

**Психометрическое обследование (на момент первичного осмотра)**

НАМ-D – 18 баллов;

MFI-20 – 60 баллов.

### **Патопсихологическое обследование**

Динамика психомоторных процессов снижена на фоне повышенной утомляемости. Объем внимания сужен, продуктивность концентрации внимания ослаблена (15 ошибок в корректурной пробе, при норме до 10). Переключаемость внимания снижена (среднее время выполнения таблицы Шульте – 52 сек, при норме до 50 сек), что обусловлено общей динамической недостаточностью психических процессов. Продуктивность избирательности внимания, как показатель его целенаправленности, умеренно нарушена (17 слов в пробе Мюнстерберга, при норме от 21 слова).

Объем памяти сужен (4 простых объекта, при норме в 5-7), что обусловлено в том числе недостаточностью функции сосредоточения. Кратковременная память нарушена (кривая по Лурия: 6-8-7-7-8, при норме в 9-10 слов), что преимущественно связано как с трудностями концентрации внимания, так и с отмечаемыми в исследовании расстройствами мыслительных процессов (наплывы тревожных мыслей), затрудняющими способность к запоминанию информации. Долговременная память в границах низкой нормы (6 простых слов, при норме в 7-8). Продуктивность опосредованной памяти умеренно нарушена на фоне искажения ассоциативного компонента мышления, приводящего к непродуктивности опоры мнестических процессов на мыслительные.

Скорость мыслительных процессов снижена. Ассоциативные процессы обследуемой искажены (конкретность-абстрактность пиктограмм – 80%, при норме от 90%). Ассоциации сверхконкретные, формальные. Операциональный компонент мышления обнаруживает включения ошибок искажения процесса обобщения на фоне актуализации латентных признаков (в методике «Сравнение понятий» общим у реки и птицы называет движение; у молока и воды – «текучесть»; у ботинка и карандаша – «способность рисовать на стенах следы» и т.д.). Категориальный строй мышления нарушен на фоне разноплановости мышления обследуемой (в методике «Классификация» формирует группы

одновременно на основании ведущих, конкретно-функциональных и личностно-значимых стимулов).

По данным ОЧХ-В выявляется акцентуация по шкалам эмотивности и тревожности; деакцентуация по шкалам демонстративности и гипертимности. Отмечается патологическое заострение черт рефлексии, нерешительности (SCL-90: «интерперсональная чувствительность» – 2,7 балла; «тревожность» – 1,6 балла). Присущее обследуемой чувство собственной несостоятельности и беспомощности, неуверенность в способности справиться с жизненными трудностями, приводят к формированию патологической зависимости от значимого другого, сопровождающейся страхом сепарации.

**Соматический статус:** Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7<sup>0</sup>С. Кожные покровы нормальной окраски, сыпи нет. Определяются красный дермографизм, гипергидроз ладоней. Телосложение астеническое. Периферические лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов не выслушивается; АД 100/60 мм.рт.ст.; ЧСС=ps=88 уд. в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД=16 в мин., хрипов нет. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

#### **Данные лабораторных и инструментальных обследований:**

*Клинический анализ крови:* гемоглобин – 128 г/л, эритроциты – 4,31х10<sup>12</sup>/л, тромбоциты – 239х10<sup>9</sup>/л; лейкоциты – 7,4х10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 60%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 31%, базофилы – 0%, моноциты – 4%, СОЭ – 8 мм/ч.

*Биохимический анализ крови:* альбумины – 44,0 г/л; общий белок – 72,7 г/л; глюкоза – 4,4 ммоль/л; билирубин общий – 4,8 мкмоль/л; холестерин – 4,5 ммоль/л; АСТ – 25 Ед/л; АЛТ – 23 Ед/л; мочевины 4,0 ммоль/л.

*Общий анализ мочи:* уд. вес – 1020; реакция – 5,5; сахар, белок, ацетон, желчные пигменты – отсутствуют; эпителий – незн. в препарате; лейкоциты – ед. в п/зр; эритроциты, цилиндры, слизь, бактерии – отсутствуют.

*ЭКГ:* синусовый ритм, ЧСС=75 в мин. Нормальное положение ЭОС.

*Заключение терапевта:* при осмотре грубой органической патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

*Заключение офтальмолога:* ОУ – без патологии.

**Неврологическое состояние:** Жалобы на общую слабость, утомляемость, снижения артериального давления до 90/60 мм.рт.ст., на периодически возникающую тахикардию, а также на трудности концентрации и сосредоточения.

Лицо симметрично. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранна. Глазные щели симметричны. Острота слуха в пределах нормы (различает шепотную речь с расстояния 6 метров). Вестибулярной атаксии и нистагма нет. Язык по средней линии, глотание не нарушено. Мышечный тонус в норме, D=S. Парезов и параличей нет.

Рефлекс с сухожилия двуглавой мышцы плеча, рефлекс с сухожилия трехглавой мышцы плеча, коленный рефлекс, ахиллов рефлекс – оживлены с обеих сторон.

В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет.

Кожные покровы обычной окраски, умеренно влажные. Трофических нарушений кожи (шелушение, гиперкератоз, язвы) нет. Отмечается гипергидроз ладоней. Определяется красный дермографизм. Рефлекторный дермографизм - при штриховом раздражении кожи появляется красная полоса шириной 1 см. При выполнении ортостатической пробы изменение ритма сердца – 18 ударов в минуту. Глазо-сердечный рефлекс Ашнера в норме (урежение ритма сердца на 8 ударов в минуту). На момент осмотра АД 100/70 мм.рт.ст. Гиперсаливации, ксеростомии и ксерофтальмии нет.

Данных за очаговую неврологическую патологию нет.

*ЭЭГ*: на первый план выходят умеренно выраженные признаки снижения функционального состояния коры и повышенной возбудимости стволовых структур головного мозга с нормализацией корковой ритмики при гипервентиляции. ЭЭГ-признаков снижения порога судорожной готовности не выявлено.

*Заключение невролога*: Знаков очагового поражения ЦНС не выявлено. Вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу.

**За время лечения в стационаре (3 недели)**: На фоне проведения парентеральной (сульпирид до 100 мг в/в капельно в сочетании с бромдигидрохлорфенилбензодиазепином до 0,5 мг в/в капельно), пероральной (сертралин до 200 мг/сут) психофармакотерапии, а также сеансов психотерапии (с последующим переходом на прием сертралина до 200 мг/сут) состояние улучшилось: выровнялся аффективный фон, редуцировались астено-невротические и соматизированные проявления, нормализовались сон и аппетит. Сформировалась симптоматическая ремиссия с резидуальной анксиозной симптоматикой в виде эпизодически возникающих наплывов мыслей о семейной ситуации.

Была выписана с рекомендациями поддерживающей терапии сертралином 200 мг/сут, а также продолжения сеансов когнитивно-поведенческой терапии.

#### **Психометрическое обследование (на момент выписки)**

НАМ-D – 8 баллов;

MFI-20 – 35 баллов.

После выписки из стационара вернулась к привычным видам активности. В связи с очередной стабилизацией внутрисемейной обстановки чувствовала себя удовлетворительно.

На протяжении последующего года наблюдалась амбулаторно, терапию принимала систематически с последующим снижением дозировки сертралина до 150 мг/сут (через 8 недель приема терапии), затем – до 100 мг/сут (через 12 недель). Отмечала сохранение эмоциональной лабильности, повышенной чувствительности к психоэмоциональным нагрузкам, а также эпизодически

возникавших наплывов мыслей о семейной ситуации. Как и прежде, ситуационно снижалось настроение с подавленностью, слезливостью (продолжительностью до нескольких дней) в связи с сохранявшимися алкоголизациями супруга. Сон и аппетит не нарушались. Вне конфликтов чувствовала себя удовлетворительно. С бытовыми делами справлялась в полном объеме, занималась воспитанием дочери.

### **Клинический разбор**

На момент первичного осмотра состояние пациентки определяется затяжной тревожной депрессией с явлениями гиперестетической астении, соматизированной симптоматикой.

Отчетливое психическое неблагополучие со стойкой гипотимией на протяжении 2 лет (с 34 лет). Манифестные проявления депрессивного состояния выступают на фоне длительно существующей психотравмирующей ситуации (внутрисемейные конфликты, возможный развод с мужем), имеющей прямое отношение к угрозе сепарации от значимого другого, в сочетании с иными фрустрирующими обстоятельствами (болезнь дочери). Выраженность депрессивной симптоматики соответствует значениям средней степени по шкале НАМ-D – 18 баллов.

При этом в анамнезе с 32 до 34 лет выявляются кратковременные реактивные (связанные с конфликтной ситуацией в семье) состояния (длительностью до 2 недель) с относительно менее глубоким уровнем гипотимических расстройств. Стоит подчеркнуть, что все депрессивные состояния имеют ситуационный характер: разрешение конфликтной ситуации с супругом сопровождается практически полной редукцией психопатологической симптоматики.

Таким образом, согласно критериям включения настоящего исследования (гипотимическое состояние, имеющее непосредственную связь с фрустрирующими обстоятельствами, длительностью более 6 месяцев, сопровождающееся астено-невротическими расстройствами и

соматизированной симптоматикой) данное заболевание может быть квалифицировано как невротическая депрессия.

В клинической картине невротической депрессии, определяющей психический статус пациентки на момент обследования, доминирует тревожно-фобический комплекс со страхом сепарации. Денотат депрессии представлен мыслями о собственной несостоятельности, что сопровождается нерешительностью, неуверенностью в своих силах, неспособностью разрешить сложившуюся ситуацию, страхом разорвать отношения со значимым другим (сепарационная тревога). При этом любые изменения в отношениях с родственниками, близкими способствуют возникновению опасений остаться без поддержки, сомнений в собственной компетентности, а также способности принимать самостоятельные решения.

Следует отметить, что в приведенном клиническом случае сепарационная тревога, занимающая ведущее место в структуре аффективного состояния, является характерной для пациентки с раннего возраста. Так, детские сепарационные симптомокомплексы отмечались ранее при посещении ДДУ, школы (нарушения сна, высокая подверженность инфекционным заболеваниям в ситуации необходимости «отделения» от родителей, нахождения в незнакомом коллективе) [67].

Среди выявляемых симптомокомплексов также отмечаются астенические проявления (по типу гиперестетической астении) с быстрой утомляемостью, нарастанием астенической симптоматики в вечерние часы, а также явлений раздражительной слабости, повышенной чувствительности к внешним раздражителям (показатели MFI-20 – 60 баллов, что соответствует астении средней степени выраженности).

Отдельного внимания заслуживает наличие в структуре тревоги отчётливых когнитивных нарушений – трудности сосредоточения и концентрации внимания, рассеянность, сложность выбора даже в повседневных ситуациях. Подобные когнитивные нарушения характерны для тревожных



расстройств, отмечающихся как изолированно, так и в структуре депрессивного эпизода [11].

Важно отметить, что тревожно-фобический комплекс с сепарационной тревогой реализуется с участием психопатических расстройств психастенического круга (с дефензивностью, нерешительностью, склонностью к сомнениям, рефлексии и избеганию ситуаций, сопряженных с необходимостью взятия на себя ответственности, зависимость от мнения значимых других). Помимо психастенических черт у пациентки выявляются личностные особенности по типу сензитивных шизоидов (интровертированность, бедность эмоциональных связей с окружающими).

Совокупность вышеуказанных характерологических особенностей и черт невропатической конституции соотносится с описанием шизоидных невротиков [5] с присущей им замкнутостью, склонностью к фиксации на малейших неприятностях, боязливостью, что сочетается с быстрой утомляемостью, вегетативной лабильностью.

Также для пациентки с раннего возраста характерно наличие черт невропатической конституции, по всей вероятности, обуславливающих возникновение в рамках депрессивных фаз эпизодов с соматоформными проявлениями (с учащенным сердцебиением, тремором рук), носящих транзиторный характер и появляющихся лишь на пике тревоги.

Среди нажитых черт выявляется присоединение явлений реактивной лабильности с ситуационной плаксивостью, раздражительностью.

Стоит отдельно остановиться на рассмотрении личностного феномена, присущего всем пациентам данной группы и характеризующего способность пациента становиться жертвой сложившихся обстоятельств – виктимности [39,117,134]. Так, в конкретном случае пациентка является не способной разрешить психотравмирующую ситуацию: все предпринимаемые попытки наладить семейную жизнь являются несостоятельными и приводят лишь к ухудшению отношений с супругом. При этом, несмотря на длительное

пребывание в конфликтной обстановке, пациентка продолжает надеяться на положительный исход и оставаться в фрустрирующей ситуации.

Необходимо также обратить внимание на структуру наследственного предрасположения. Так, схожие невротические реакции выявлялись у бабушки пациентки (на протяжении всего периода брака пребывала в фрустрирующей обстановке, занимала позицию жертвы).

Согласно общим формальным признакам (затяжной характер заболевания, относительно неглубокий уровень депрессивных расстройств) в соответствии с критериями МКБ-10 состояние пациентки можно квалифицировать в рамках диагноза «дистимия» (F34.1). Однако следует отметить, что описанная в настоящем клиническом примере НД не полностью соотносится с аффективной патологией эндогенного круга. Так, не выявляется витальных признаков депрессии, таких как чувство тоски с загрудинной локализацией, идеаторная и моторная заторможенность, суицидальные мысли. Определяемый суточный ритм инвертирован, что наиболее характерно для невротических депрессий.

Также при проведении дифференциальной диагностики важно отметить, что траектория движения заболевания не сопровождается появлением признаков редукции энергетического потенциала, нарастания аутизации или эволюционирующей шизоидии. Не обнаруживаются расстройств мышления и эмоциональных изменений, характерных для шизотипического расстройства.

При этом, при рассмотрении психогенеза заболевания удастся выявить изменения личности, соответствующие динамике РЛ (невротическое развитие) с заострением конституциональных черт, появлением реактивной лабильности с раздражительностью, повышенной чувствительностью к психоэмоциональным нагрузкам, сохраняющимся даже после обратного развития депрессии. Наряду с этим определяется практически полная редукция психопатологической симптоматики при завершении внутрисемейного конфликта, что также свидетельствует о неэндогенной природе заболевания.

Таким образом, нозологически НД в настоящем клиническом наблюдении соответствует психогении, возникающей на траектории РЛ (Согласно критериям

МКБ-10 диагноз «Дистимия», F34.1 с коморбидным диагнозом «Шизоидное расстройство личности», F60.1).

В заключении необходимо отметить, что, как и в приведенном клиническом примере, так и у всех пациентов данной группы тревожно-фобический комплекс депрессии является ассоциированным с явлениями виктимизации со страхом сепарации, таким образом предопределяя (вне зависимости от нозологической принадлежности) основные клинические характеристики НД. При этом денотативный комплекс НД данной группы не является связанным с тем или иным специфическим психотравмирующим воздействием (внутрисемейные конфликты, болезнь/алкоголизм/наркомания значимого другого, неурядицы на рабочем месте и пр.). Тревожно-фобический комплекс, несмотря на рассматриваемый в настоящей истории болезни случай психогении на траектории РЛ, все же является прогностически неблагоприятным. Так, как указывалось ранее, в подавляющем большинстве случаев у пациентов с НД данной группы установлены расстройства шизофренического спектра, а также аффективная патология (что будет отражено в главе 4).

**Невротические депрессии с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании, – сверхценный комплекс (43 пациента, все женщины, средний возраст – 32,1±8,1 лет)**

Триггерным фактором для депрессий у пациентов данной группы является конфликт с объектом любовной привязанности (см. Таблицу 6), что сопровождается ожиданием предстоящей потери значимого другого, разрыва отношений.

Все пациенты данной группы имеют отношение к носителям сверхценных образований – «фанатикам чувств» [16], и обладают конституциональными характеристиками, сопоставимыми со «страстными идеалистами» [14,113] по признаку склонности к образованию эмоционально насыщенных,

«экстатических» [20,72] привязанностей, подчиняющих себе все жизненные устремления. Пациентам данной группы свойственно формирование стойких кататимных образований эротоманической направленности с идеализацией, «обожествлением» объекта любви, попытками построения модели «идеальных» отношений без учета объективных обстоятельств, таких как алкоголизм, тунейдство, частые измены значимого другого («небредовая патологическая любовь» [46]). Взаимоотношения с любимым человеком определяются пациентами как единственно приоритетные, в то время как другие сферы жизни (профессиональная, социальная) представляются менее значимыми. Такие жизненные события как неурядицы на рабочем месте, болезнь родственников выраженно не влияют на психическое состояние пациентов. Вместе с тем даже обычные бытовые размолвки с объектом сверхценной привязанности драматизируются до уровня серьезной жизненной катастрофы.

Пациентам присущи личностные девиации комплексной структуры с ведущей истерической дименсией с демонстративностью, стремлением выделиться, привлечь к себе внимание и жаждой признания. В отличие от пациентов с депрессиями с явлениями виктимизации со страхом сепарации, пациенты второй группы, отличаются стеничностью, напористостью. Профиль эротоманической фиксации определяется наличием у пациентов склонности к формированию аффективно-заряженных, устойчивых идей, что сочетается с общей экзальтацией эмоциональных реакций, присутствием «застреваемости» и ригидности как одних из основных дименсий их когнитивного типа. Приведенные преморбидные особенности соотносятся с характерологическими чертами, присущими лицам с истеро-паранойяльным [35] (83,7% пациентов) и гистрионным РЛ (16,3% пациентов). Данный факт подтверждается результатами патопсихологического обследования: акцентуацией в ОЧХ-В по шкалам демонстративности –  $8,1 \pm 1,5$  ( $p < 0,01$ ), возбудимости –  $6,8 \pm 1,4$  ( $p < 0,01$ ), застреваемости –  $7,9 \pm 1,1$  ( $p < 0,01$ ), экзальтации –  $6,9 \pm 1,8$  ( $p < 0,01$ ),

циклотимности –  $6,8 \pm 1,0$  ( $p < 0,01$ ), а также по шкале «враждебность» SCL-90 –  $2,0 \pm 0,4$  ( $p < 0,01$ ).

При этом, стоит отметить, что в подавляющем большинстве случаев сами пациенты являются инициаторами конфликтных ситуаций (в силу присущей им эгоцентричности, капризности, при неспособности к поддержанию и строительству эмоционально глубоких отношений), впоследствии принимая экстрапунитивную позицию и рассматривая себя в роли жертвы несправедливого отношения значимого другого или внешних обстоятельств. Таким образом, в отличие от первой группы (с явлениями виктимизации), происходит формирование своего рода псевдовиктимной позиции<sup>31</sup>.

Денотат депрессии, в отличие от первой группы, определяется кататимным комплексом, ассоциированным с неспособностью разорвать нескладывающиеся отношения с избранником в силу патологической любви, что ведет в итоге к длительному (подчас многолетнему) пребыванию в психотравмирующей обстановке<sup>32</sup>. Доминирующее место занимают идеи недовольства объектом привязанности с обвинением в незаинтересованности, неверности, выставлением значимого другого в качестве виновника неблагополучия, несоответствии партнера романтическим ожиданиям пациента. При этом, в связи с желанием удержать объект сверхценной привязанности, модус поведения определяется грубыми манипуляциями, шантажом.

---

<sup>31</sup> Термин «псевдовиктимность» (как и «виктимность») заимствован из области криминологии. В понимании В.Я. Рыбальской [50] псевдовиктимностью является «ошибочно приписываемые посягателем жертве качества (личностные или ролевые), послужившие поводом к посягательству».

<sup>32</sup> Следует подчеркнуть необходимость дифференциации пациентов с невротическими депрессиями со сверхценной привязанностью и лиц с явлениями дефектной эротомании [61]. Так, отличительной чертой последних является дефицитарный характер любовной аддикции с утратой чувственной насыщенности привязанностей и недостатком эмпатии, что проявляется неразборчивостью в выборе и частой, подчас прагматичной сменой партнеров, что не сопровождается возникновением фрустрации и эпизодами длительного снижения настроения.

У большинства пациентов (83,7% случаев) в содержательном комплексе депрессии также преобладают образные воспоминания о связанных с объектом привязанности событиях с возникающими наряду с этим стойкими, по типу овладевающих, представлениями сцен возможных измен [54,63]. В сознании пациентов неотвязно воспроизводятся «картины» встреч с объектом привязанности, особенности внешнего вида значимого другого вплоть до мельчайших деталей, моделирование дальнейшего развития событий.

В ряде случаев кататимные образования усложняются за счет присоединения элементов магического мышления (с ощущением особой «духовной связи с партнером», «предначертанности» встреч, «знаков», сулящих благоприятное развитие отношений).

Депрессивная симптоматика манифестирует в первые же сутки после воздействия психотравмирующего фактора и, в отличие от первой группы, соответствует клинической картине истеро-депрессии с преобладанием плаксивости, раздражительности, возникающих при условии недостаточного внимания со стороны окружающих (в первую очередь, объекта сверхценной привязанности). Несдержанность в кругу близких, контрастирует с умением проявить самообладание на рабочем месте. Подавленность, выявляемая при невротических депрессиях у пациентов данной группы, также сочетается с проявлениями подчеркнутой демонстративности. Пациенты жалуются на тягостное чувство в теле, в за грудиной проекции, красочно сравнивая эти сенсации с ощущением «царапания, раздиранья словно когтями», «прокалывания будто ножом» в области сердца. При этом уровень аффективных расстройств менее глубокий по сравнению с первой группой (средний балл НАМ-D -  $11,8 \pm 3,4$  vs  $19,0 \pm 4,7$ ,  $p < 0,01$ ).

В структуре депрессивных состояний выявляются конверсионные (ком в горле, дисфагия, афония, тремор, анестезии в различных участках тела, истероалгии) и органоневротические (в виде гипервентиляционного и кардионевротического синдромов) расстройства.

Важно отметить, что значимых клинических признаков астении в данной группе в дебюте заболевания (по сравнению с группой пациентов с невротическими депрессиями с виктимизацией со страхом сепарации) не обнаруживается: средний балл по шкале MFI-20 ( $27,8 \pm 6,7$  vs  $56,0 \pm 12,9$ ,  $p < 0,01$ ) соответствует отсутствию/ легкой степени выраженности астенических проявлений.

Нарушения сна по типу поверхностного с кошмарными сновидениями и ранней инсомнией отмечаются у 83,7% пациентов, нарушения аппетита со значимой потерей в весе – у 41,9%.

У пациентов данной группы, по сравнению с пациентами с НД с виктимизацией со страхом сепарации, в анамнезе выявляется большее количество кратковременных реакций (длительностью до 10-14 дней), связанных преимущественно с разрывом романтических отношений, – 88,4% случаев. Более продолжительные депрессивные состояния выявляются лишь у 34,9% пациентов. Стоит отметить, что у большинства пациентов (74,4%) еще в подростковом возрасте любовные коллизии становятся источником психогений, сопровождающихся невыраженной гипотимией и конверсионной симптоматикой.

Начало настоящего эпизода НД у пациентов данной группы приходится в среднем на более ранний, по сравнению с первой группой, возраст  $30,5 \pm 7,6$  лет (vs  $36,5 \pm 9,4$  лет). Длительность депрессивных состояний на момент первичного осмотра меньше, чем у пациентов с НД с явлениями виктимизации со страхом сепарации, и составляет  $10,9 \pm 4,7$  месяцев (vs  $19,1 \pm 8,7$  месяцев,  $p < 0,01$ ).

Наследственная отягощенность аффективной патологией, подобно пациентам первой группы, встречается лишь в 1/5 случаев (18,6% пациентов).

У пациентов с НД с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании, в отличие от первой группы, преобладающим является диагноз «расстройство личности» (МКБ-10, F60.4) – 65,1% случаев, реже выявляется аффективная патология (МКБ-10, F32.1 / F33.1 / F34.1) – 34,9%.

Клинические характеристики истеро-невротических депрессий с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании (сверхценный комплекс), проиллюстрированы в следующем клиническом наблюдении.

**Пациентка Б. Е. А., 32 года**

Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Линия матери

Бабка (79 лет) – капризная, вспыльчивая, неуравновешенная. Не работала.

Дед – занимал административную должность. По характеру жесткий, категоричный, требовательный к себе и окружающим. Умер в 70 лет от осложнений сахарного диабета.

Мать (58 лет) – властная, напористая, вспыльчивая. Директор сети коммерческих лабораторий.

Линия отца

Бабка – работала дояркой в колхозе. По характеру активная, жизнерадостная, общительная и гостеприимная. Умерла в 75 лет.

Дед – добродушный, вдумчивый, заботливый. Работал сварщиком на железной дороге. Злоупотреблял крепкими спиртными напитками. Умер в 55 лет.

Отец (56 лет) – менеджер в банке. Склонный к перепадам настроения, компанейский, среди знакомых слышит «рубашкой-парнем». После развода с матерью пациентки на протяжении нескольких месяцев был подавлен, раздражителен, похудел, плохо спал. Для облегчения состояния выпивал до 1,5-2 литров пива или вина в сутки. За специализированной помощью не обращался. В 40 лет женился повторно.

Сын (9 лет) – ученик 3 класса. Активный, общительный.

Пациентка родилась от первой нормально протекавшей беременности в срок. В раннем развитии от сверстников не отставала. Детских страхов не отмечалось. Росла физически крепкой, болела редко.



Детский сад посещала с 2 лет. Адаптировалась быстро. С удовольствием принимала участие в утренниках, где пела, танцевала, декламировала стихи.

Росла подвижной, общительной, бойкой. В новых коллективах осваивалась легко, быстро добивалась лидерских позиций. Однако близко сходилась лишь с 1-2 подругами. В семье больше была привязана к отцу, называла себя «папиной дочкой». С матерью близких отношений не сформировала. Была капризной. Умело манипулировала родственниками, нередко желаемого добивалась слезами. В кругу друзей слыла правдолюбкой, прямолинейной, не терпела несправедливости, вступалась за слабых. Не могла молчать, если видела чужую ошибку, считала своим долгом указать человеку, в чем тот неправ. В спорах добивалась признания собственной точки зрения, которую видела единственно верной. Подолгу помнила нанесенные обиды.

В школу пошла с 6 лет. Училась с удовольствием, преимущественно на «хорошо» и «отлично», лучше успевала по гуманитарным предметам. Отличалась честолюбием, выполняла домашние задания добросовестно. При ответах у доски выраженного волнения не испытывала, была уверена в собственных знаниях. Принимала участие в школьной самодеятельности, посещала секцию танцев.

В 12 лет в связи с разводом родителей перенесла депрессивный эпизод с подавленностью, слезливостью, длившийся в течение 2 месяцев. Была раздражительна, винила мать в разрушении семьи, жалела себя. Нарушался сон по типу трудностей засыпания. Снижался аппетит с отвращением ко вкусу пищи (в весе значимо не теряла). Несколько снизилась успеваемость в школе. По минованию депрессивного эпизода характером не менялась.

Несмотря на то, что продолжала проживать с матерью, регулярно виделась с отцом, поддерживала с ним общение, на летних каникулах жила в его новой семье. Отношения с матерью оставались конфликтными и напряженными. К ее новым избранникам относилась с презрением, устраивала им «козни»: по ночам громко включала музыку или телевизор, выбрасывала обувь новоиспеченного отчима за дверь.

После школы (16 лет) поступила в институт управления, по окончании вуза (21 год) устроилась менеджером в банк. С обязанностями справлялась. Быстро продвигалась по карьерной лестнице. С 29 лет являлась заместителем директора департамента банка. Требовала от подчиненных идеального выполнения указаний, раздражалась, если дела не были завершены в установленные сроки. Не терпела пререканий.

Менструации с 13 лет, регулярные, болезненные. Из-за выраженного болевого синдрома нередко пропускала занятия в школе, брала отгул на 1-2 дня на работе. За несколько дней до и во время менструаций становилась плаксивой, раздражительной, учащались конфликты с матерью. Отмечалось повышение аппетита с тягой к сладкому.

Интерес к противоположному полу с 14 лет. Пользовалась успехом у молодых людей, с удовольствием принимала ухаживания. Была склонна идеализировать избранника. Влюбляясь, полностью отдавалась чувствам, была инициатором встреч, переписок, в красках и деталях представляла сценарии предстоящих свиданий. Однако каждый раз отношения складывались неровно. Была ревнива, следила за молодыми людьми в соцсетях, устраивала истерики, настаивала на выполнении собственных требований в порядке компенсации за «самоотверженное служение». Разрывы отношений, инициированные молодыми людьми, сопровождались непродолжительным (до 1-2 недель) снижением настроения с преобладанием подавленности и слезливостью.

В 24 года впервые влюбилась с первого взгляда, «словно по щелчку», испытывала чувство «окрыленности», прилива сил. Нарушений сна и аппетита в тот период не отмечала. Считала сложившиеся отношения «особенными», а встречу с молодым человеком «предначертанной свыше». Вспоминала «вещий» сон накануне встречи, в котором звучало имя будущего избранника. Всячески стремилась угодить возлюбленному, «жила его интересами», ограничив общение с подругами, семьей. Каждый день по несколько раз звонила избраннику, писала сообщения, инициировала свидания. На протяжении всего дня неотвязно «прокручивала» в голове все подробности их последних диалогов, придумывала

«сценарии» последующих встреч, фантазировала о совместном будущем, в красках представляла свадьбу и предстоящую семейную жизнь. Испытывала чувство, «будто бы не может жить без возлюбленного», зависима от него. Настояла на скором (через 3 недели) совместном проживании.

Через год после знакомства с связи с наступившей беременностью оформили брак. После замужества много хлопотала по хозяйству. При этом требовала от супруга повышенного внимания, похвалу за прилежность в ведении быта. Перепроверяла телефон на предмет возможного пропущенного звонка или сообщения от мужа. Посещала с супругом увеселительные мероприятия, приходила к нему на работу.

Беременность в 25 лет, протекала физиологически, с явлениями токсикоза в первом триместре, изменениями настроения не сопровождалась. Роды в срок. В послеродовом периоде аффективной патологии не определялось. Чувства к ребенку возникли сразу. Была в меру тревожной матерью. Через год после родов вернулась к работе.

С ребенком близких отношений не сформировала, к выполнению материнских обязанностей подходила формально. При этом заботы о сыне полностью перекладывала на мать. Как и прежде, почти все свободное время посвящала мужу.

С 28 лет начала обращать внимание на задержки супруга на работе, необъяснимые траты, звонки в позднее вечернее время. Устраивала мужу допросы, требовала отчета о звонках и финансовых расходах. Начала следить за тем в социальных сетях, в тайне от мужа проверяла его телефон. Найдя «подозрительные» переписки, устраивала скандалы, обвиняла супруга в неверности, неблагодарности, незаинтересованности в ребенке. На этом фоне отмечались периодические нестойкие (до нескольких дней) снижения настроения с подавленностью без нарушений сна и аппетита.

Выраженное ухудшение состояния через несколько месяцев после того, как прочитала переписку супруга с другой женщиной. Звонила любовнице мужа, дабы убедиться в его изменах. Получив подтверждение наихудших опасений,

устроила супругу скандал, на пике которого возникло состояние «истерики» с беспрестанными рыданиями, тремором в теле, «комом» в горле, дрожью в руках, чувством нехватки воздуха. Требовала от мужа разорвать отношения с любовницей, винила в неблагодарности, разрушении семьи. После того, как получила от супруга заявление о нежелании как подавать на развод, так и разойтись с любовницей, отметила стойкое снижение настроения. Появилась раздражительность, агрессивность по отношению к мужу. Постоянно изводила супруга конфликтами, била посуду. Ранее безучастная к судьбе ребенка, грубо манипулировала тем, что обеспокоена его будущим и «сын не сможет расти без отца». После очередного скандала вымаливала прощения. Не могла отвлечься от психотравмирующей ситуации даже на работе, неотвязно представляла картины измен, «прокручивала» в голове диалоги с мужем, моделировала возможные сценарии дальнейшего развития событий. Много размышляла о возможности развода, предстоящего одиночества. Сон и аппетит значительно не нарушались.

Состояние ухудшилось в 29 лет после предложения об оформлении развода от супруга. Умоляла мужа не подавать заявление, «дать второй шанс», рыдала, падала на колени, хватала мужа за ноги, пытаясь не дать тому уйти из дома. В течение всего этого периода сохранялась подавленность. Впервые выраженно снизился аппетит с отвращением ко вкусу пищи. Нарушился сон с кошмарными сновидениями. Суточного ритма не определялось.

Состояние оставалось прежним (со сниженным фоном настроения, нарушениями сна и аппетита) на протяжении 3 месяцев после развода и обошлось самостоятельно (в общем депрессия длилась 1,5 года).

В течение всего периода депрессии работоспособность не снижалась, с обязанностями справлялась в прежнем объеме. По характеру после депрессивного эпизода не менялась.

Полностью прекратила общение с бывшим мужем, запрещала тому видиться с их сыном.

На протяжении последующих 2 лет состояние оставалось стабильным. С головой ушла в работу, добилась повышения до заместителя директора

департамента банка. Свободное время проводила в компании 1-2 приятельниц, с которыми вместе ходили на увеселительные мероприятия: в клубы, театры, кино.

В 31 год очередная влюбленность, сопровождавшаяся привычным чувством «окрыленности» (без нарушений сна и аппетита). Через 3 месяца отношений настояла на совместном проживании (отселила восьмилетнего сына к матери). Брак по решению избранника официально не оформляли. Как и ранее, идеализировала возлюбленного. Вечером ждала его возвращения домой, все свободное время посвящала ему. При этом не смущалась периодическими алкогольными эксцессами избранника, отсутствием постоянного места работы, необходимостью финансового обеспечения возлюбленного.

Ухудшение психического состояния через полгода совместного проживания (32 года) на фоне участившихся алкоголизаций избранника, приводившего домой злоупотребляющих алкоголем знакомых. Устраивала скандалы, требовала прекращения общения с приятелями, которых обвиняла в алкоголизме молодого человека. При угрозах со стороны любовника разорвать отношения, уйти из дома, умоляла не оставлять ее, звонила по несколько раз в день. Старалась организовать совместный досуг, походы в кино. Предпринимала попытки устроить избранника на работу, настаивала на походах к наркологу.

Осознав тщетность своих стараний, вновь отметила клишированное снижение настроения с подавленностью, плаксивостью, «истериками». Непрерывно прокручивала в голове мысли о нескладывающихся отношениях, виновником чего считала избранника, при этом себя жалела. Беспреданно жаловалась на «нестерпимую» усталость, тяжесть в руках и ногах. Хотя, как и прежде, справлялась с рабочими и домашними обязанностями. Нарушился сон. Снижился аппетит, похудела на 5 кг. Суточной динамики в состоянии не было.

Обращалась к психотерапевту амбулаторно, принимала миансерин на протяжении полутора месяцев с парциальным эффектом (нормализовался сон). Однако препарат принимала несистематически, пропуски психофармакотерапии объясняла чувством вялости, «загруженности» в утренние часы.

В связи с сохранением патологической симптоматики и недостаточной эффективностью амбулаторного лечения была госпитализирована в психотерапевтическое отделение УКБ №3 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет).

### **Психическое состояние**

Выглядит на свой возраст. Одета аккуратно, по молодежной моде. Волосы окрашены, уложены в прическу. Активно пользуется декоративной косметикой, на руках яркий маникюр. Во время беседы напряжена, постоянно меняет позу, изложение жалоб сопровождается активной жестикуляцией. Выражение лица печальное. В разговор вступает охотно, на вопросы отвечает по существу, с излишней детализацией. Обсуждение субъективно неприятных тем сопровождается демонстративными рыданиями.

Отмечает, что всегда была влюбчивой, склонной к формированию созависимых отношений, в которых идеализирует избранника, полностью посвящает себя ему, без критики относится к недостаткам. Личные отношения на протяжении жизни не складываются, без избранника «чувствует себя неполноценной».

Также рассказывает, что всегда отличалась категоричностью суждений, требовательностью, обидчивостью, отрицала чужую точку зрения. Будучи прямолинейной, настаивала на своем.

Настоящий эпизод неблагополучия на протяжении 6 месяцев на фоне частых алкоголизаций и тунеядства любовника. Всячески старается «спасти» избранника: сопровождает в походах на собеседования, договаривается об устройстве на работу, настаивает на прохождении реабилитации в специализированном центре, требует разрыва связей с привычным кругом общения. Во время частых конфликтов обвиняет избранника в неблагодарности, неспособности оценить ее старания.

Несмотря на то, что видит бесперспективность ситуации, несоответствие возлюбленного идеальным представлениям, осознает собственную неспособность самостоятельно разорвать нескладывающиеся отношения в силу

«болезненной» привязанности. Отмечает, что не в силах «совладать с собственными эмоциями», подойти к разрешению ситуации рационально.

Непрестанно «прокручивает» в голове мысли об избраннике, безотвязно моделирует сценарии дальнейшего развития событий, опасается возможного разрыва отношений с возлюбленным. Размышляет о нескладывающихся отношениях с мужчинами, несостоятельности в качестве супруги, жалеет себя. Говорит, что «недостойна быть любимой», «не заслуживает семейного счастья». Постоянно сравнивает себя с другими, «более успешными» подругами.

Жалуется на сниженный фон настроения с преобладанием подавленности, которую описывает как периодически возникающее «крайне тягостное чувство», «будто в грудь вбили кол». Также сравнивает гипотимию с ощущением «нестерпимой» эмоциональной усталости, «душевым утомлением» от любовных неурядиц.

Эпизодически возникают состояния «истерики», сопровождающиеся рыданиями, тремором в теле, дрожью и онемением рук по типу «перчаток», чувством «кома» в горле, нехваткой воздуха, ощущение «заносов», неустойчивости при ходьбе. Беспокоит физическая «обессиленность», тяжесть в руках и ногах.

Выраженных суточных колебаний в состоянии не определяется.

Аппетит снижен с отвращением ко вкусу пищи, за полгода похудела на 5 кг. Сон не нарушен.

Суицидальные мысли отрицает.

#### **Психометрическое обследование (на момент первичного осмотра)**

НАМ-D – 10 баллов;

МФИ-20 – 32 балла.

#### **Патопсихологическое обследование**

Психомоторный темп обследуемой нормативный (время выполнения корректурной пробы – 7 мин., при норме до 8).

Объем внимания соответствует границам нормы (5 простых объектов, при норме в 5-7). Продуктивность концентрации внимания на нижней границе нормы

(11 ошибок в корректурной пробе, при норме до 10 ошибок). Переключаемость внимания достаточная (среднее время по таблице Шульте – 40 сек, при норме до 50 сек). Избирательность внимания ослаблена (20 слов в пробах Мюнстерберга, при норме от 21 слова).

Объем памяти достаточный. Продуктивность кратковременной памяти сохранна (кривая по Лурия - 5-6-8-7-9, при норме в 9-10 слов). Долговременная и опосредованная память значимых клинических нарушений не обнаруживают (ретенция по Лурия – 7 слов, при норме в 7-8). Опосредованная память значимых клинических изменений не обнаруживает (коэффициент опосредованного запоминания – 85%, при норме от 85%)

Динамика мыслительных процессов незначительно заторможена (20 слов в методике исследования быстроты мышления). Мышление аффективное, с отчетливой индивидуалистической направленностью. Операциональный компонент процесса клинически значимых изменений не обнаруживает. Категориальный строй мышления сохранен.

По данным опросников у пациентки отмечается наличие истеро-паранойяльного личностного профиля (ОЧХ-В: акцентуация по шкалам демонстративности – 8 баллов и застревания – 7 баллов; SCL – 90: «паранойяльные тенденции» – 1,5 балла). Пациентке свойственна патологическая эмоциональная экзальтация со склонностью к формированию сверхценных романтических привязанностей (акцентуация по шкале экзальтации).

**Соматический статус:** Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6<sup>0</sup>С. Кожные покровы телесного цвета, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов не выслушивается; АД 120/60 мм.рт.ст.; ЧСС=ps=78 уд. в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД=15 в мин., хрипов нет. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления без особенностей.



**Данные лабораторных и инструментальных обследований:**

*Клинический анализ крови:* гемоглобин – 136 г/л, эритроциты –  $4,6 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты –  $285 \times 10^9$ /л; лейкоциты –  $5,6 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 70%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 24%, базофилы – 0%, моноциты – 3%, СОЭ – 10 мм/ч.

*Биохимический анализ крови:* общий белок – 69 г/л; глюкоза – 4,9 ммоль/л; билирубин общий – 17,1 мкмоль/л; холестерин – 3,6 ммоль/л; АСТ – 13 Ед/л; АЛТ – 10 Ед/л; мочевины – 3,5 ммоль/л.

*Общий анализ мочи:* уд. вес – 1025; сахар, белок, ацетон – отсутствуют; лейкоциты – 0-1 в п/зр; эритроциты, цилиндры, соли, бактерии – отсутствуют; слизь – незначительное количество.

*ЭКГ:* ритм синусовый, 70 в мин. ЭОС отклонена вправо.

*Заключение терапевта:* хронический тонзиллит.

**Неврологическое состояние:** Жалобы на головокружения несистемного характера с неустойчивостью, онемения рук.

Пациентка в сознании, контактна, во времени и пространстве ориентирована, критика сохранена.

Черепно-мозговые нервы: Обоняние не нарушено. Острота зрения не нарушена. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранна. Глазные щели симметричны. Чувствительность на лице сохранена. Лицо симметрично. Слух сохранен. Язык по средней линии, глотание не нарушено.

Объем активных движений в конечностях полный, мышечный тонус в норме. Парезов и параличей нет. Расстройств чувствительности нет. Сухожильные рефлексы, D=S, средней живости. В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет. Менингеальных знаков, патологических знаков нет.

Данных за очаговую неврологическую патологию нет.

*Заключение невролога:* Знаков очагового поражения ЦНС не выявлено. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.

**За время госпитализации (2,5 недели):** проведена инфузионная терапия в составе сульпирид до 100 мг в/в капельно + диазепам до 10 мг в/в капельно (№14) в сочетании с пероральным приемом сертралина до 100 мг/сут и перициазина до 3 мг/сут. Психотерапевтическая терапия сопровождалась проведением когнитивно-поведенческой психотерапии (№6). На фоне чего отмечалась редукция психопатологической симптоматики: выровнялся фон настроения, нормализовались сон и аппетит. Однако сохранялись неотвязные размышления об объекте сверхценной привязанности. После выписки из стационара терапию принимала систематически, наблюдалась у психотерапевта амбулаторно. По характеру после перенесенного эпизода не менялась. Вернулась к работе, как и прежде была активна, деятельна.

#### **Психометрическое обследование (на момент выписки)**

НАМ-D – 8 баллов;

MFI-20 – 22 балла.

Через 4 недели поддерживающей терапии и продолжения психотерапевтических занятий после очередного скандала самостоятельно разорвала отношения с избранником. Выраженного снижения настроения не отмечала.

Через 12 недель терапии была проведена коррекция схемы лечения со снижением дозировок сертралина до 50 мг/сут, перициазина до 2 мг/сут, даны рекомендации по продолжению амбулаторного лечения, занятий с психотерапевтом в течение года.

#### **Клинический разбор**

Состояние пациентки на момент обследования определяется истеро-депрессией с кататимным, по типу эротоманического, комплексом, полиморфной конверсионной симптоматикой.

В пользу оценки в рамках истеро-депрессии свидетельствуют особенности патологически сниженного аффективного фона: театральность, драматизация симптоматики, раздражительность.

При этом гипотимическая симптоматика характеризуется сравнительно неглубоким уровнем расстройств (что соотносится с показателями HAM-D – 10 баллов). Выявляемые идеи малоценности («недостойна быть любимой», «не заслуживает семейного счастья») имеют черты демонстративности. Жалобы пациентки на подавленность, сопровождающуюся тягостными ощущениями в за грудиной проекции («словно в грудь вбит кол», «разрывающего, будто когтями, чувства между лопаток») также несут гротескно-подчеркнутый характер и имеют принадлежность к эмотивными телесными фантазиям [7].

Как и во всех случаях в данной группе, гипотимия возникает в ответ на длительно существующие конфликтные отношения со значимым другим (с угрозой разрыва отношений), несоответствие «идеального» образа избранника и реальности (трудовая неустroенность, алкоголизации).

Доминирующими в денотате депрессии являются идеи об объекте привязанности (сверхценный комплекс) с преобладанием несоответствующих действительности, идеализированных ожиданий и представлений о нем, а также недовольства избранником с обвинением того в незаинтересованности, неверности, что, однако не сопровождается пересмотром или разрывом отношений и ведет к дальнейшему пребыванию в психотравмирующей обстановке. Подобная ситуация приводит к психогении, квалифицируемой в психоаналитической литературе в качестве реакции разочарования [185], однако фактически имеющей в структуре кататимный любовный комплекс с явлениями любовной аддикции (love addiction [115]).

Среди ведущих симптомокомплексов рассматриваемого депрессивного эпизода – разнообразные конверсионные феномены («ком» в горле, «заносы» и неустойчивость при ходьбе, тяжесть в руках и ногах), астеническая симптоматика легкой степени выраженности (с показателями MFI-20 – 32 балла).

Таким образом, речь идет об истеро-невротической депрессии, характеристики которой отвечают таковым, приводимым в критериях включения в исследование (непосредственная связь с психотравмирующим

воздействием, наличие в клинической картине конверсионной и астенической симптоматики, длительность 6 месяцев).

Однако, как в приведенном случае, так и у всех пациентов данной группы, под маской невротизации (с формально соблюдаемыми клиническими характеристиками невротической депрессии), как указано ранее, выявляется эмоциональная зависимость от значимого другого, имеющая свойства аддиктивной одержимости с неспособностью отказаться от патологических, субъективно болезненных, отношений.

Настоящий эпизод гипотимии тождественен по клиническим проявлениям ранее перенесенной (28-29 лет) депрессии. Предыдущий депрессивный эпизод, развившийся в 28 лет (после известий об изменах супруга, развода), также представляет собой депрессию сходной клинической структуры (нерезко выраженная гипотимия с персистирующим сверхценным комплексом, преобладание истеро-конверсионной симптоматики, сохранная социальная активность и способность вести хозяйство). Следует отметить, что выход из депрессии сопровождался полной редукцией психопатологической симптоматики с сохранением конституциональных свойств.

Личностные черты пациентки соответствуют характеристикам носителей сверхценных образований – «фанатиков чувств» [16], а также лиц, склонных к формированию «экстатических» привязанностей – «страстных идеалистов» [14,113], и соотносятся с характерологическим девиациям комплексной структуры – истеро-паранойяльные.

Легкая степень выраженности гипотимических расстройств, отсутствие витальных признаков депрессии (предсердной тоски, правильного циркадианного ритма, суицидальных мыслей) свидетельствует об отсутствии принадлежности депрессивного состояния к аффективной патологии эндогенного круга.

У пациентки не выявляется и признаков эндогенно-процессуального заболевания, о чем свидетельствует отсутствие негативной симптоматики, патохарактерологических изменений и соответствующих расстройств

мышления. Пациентка на протяжении всего времени сохраняет высокий уровень профессиональной адаптации, по минованию депрессии отмечается сохранение преморбидных свойств.

Следовательно, нозологически представленные в клиническом наблюдении психопатологические расстройства должны быть квалифицированы в рамках динамики РЛ (с соответствием по критериям МКБ-10 диагнозу «Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени с соматическими симптомами», F33.11 и коморбидному диагнозу «Истерическое расстройство личности», F60.4).

Таким образом, можно заключить, что сверхценный комплекс, связанный с НД с явлениями пограничной эротомании, ассоциирован с возникновением истеро-невротических депрессий с формированием кататимного любовного комплекса с аддиктивным поведением. В отличие от первой группы, сверхценный эротоманический комплекс связан с четко специфическим рядом триггеров – любовными коллизиями. Стоит отметить, что для НД с привязанностью, формирующейся при явлениях эротомании, характерен более благоприятный прогноз, по сравнению с первой группой: у большинства пациентов (65,1%) установлен диагноз расстройства личности, не выявлено процессуальной патологии эндогенного круга.

\*\*\*

Обобщая представленные в настоящей главе данные, следует отметить, что объединяемые термином «невротическая депрессия» состояния клинически неоднородны и представлены 2 группами: депрессии с явлениями виктимизации со страхом сепарации и депрессии с привязанностью, формирующейся при явлениях эротомании. Различия групп невротических депрессий заключаются в первую очередь в содержании денотативного комплекса (тревожно-фобический и сверхценный).

Формированию невротических депрессий способствуют разного рода длительно существующие фрустрирующие факторы. При этом, для пациентов с

невротическими депрессиями с явлениями виктимизации со страхом сепарации не выявлено специфического стрессогенного триггера. В противоположность чему, в группе пациентов с явлениями пограничной эротомании со сверхценной привязанностью круг психотравмирующих обстоятельств ограничивается неудачами в личной сфере, взаимоотношениях с объектом «экстатической влюбленности».

Выявлено, что основной в ряде случаев (53,3% пациентов) личностной дименсией, соучаствующей в формировании невротической депрессии, является феномен виктимизации, характеризующий способность пациентов оказываться и длительно пребывать в психотравмирующей (фрустрирующей) обстановке, становиться жертвой обстоятельств.

Наряду с явлениями виктимизации, у другой части пациентов (46,7%) определяется наличие феномена псевдовиктимизации с внешнеобвинительной позицией, демонстративным представлением себя в роли жертвы несправедливого отношения значимого другого или внешних обстоятельств.

Также стоит отметить, что помимо характерологических особенностей кластеров В и С (DSM-5), у трети пациентов клинической выборки (33,7%) определяются преморбидные черты, присущие кластеру А.

При этом группу с НД с явлениями виктимизации со страхом сепарации составляют пациенты с личностными особенностями кластеров А и С, в то время как у пациентов группы НД с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании, ведущей является истерическая дименсия (гистрионное РЛ, истеро-паранойяльные)

При рассмотрении распределения нозологических диагнозов в выделенных группах клинической выборки выявлено, что межгрупповая гетерогенность депрессий соотносится с неоднородностью в распределении диагнозов между группами. Так, в группе пациентов с невротическими депрессиями с явлениями виктимизации обнаружено преобладание расстройств шизофренического спектра (63,3%;  $p < 0,01$ ), а также в 1/3 случаев аффективной патологии. В то время как в группе пациентов с невротическими депрессиями с

явлениями пограничной эротомании наиболее частым (65,1%;  $p < 0,01$ ) был диагноз расстройства личности (см. рисунок 3).

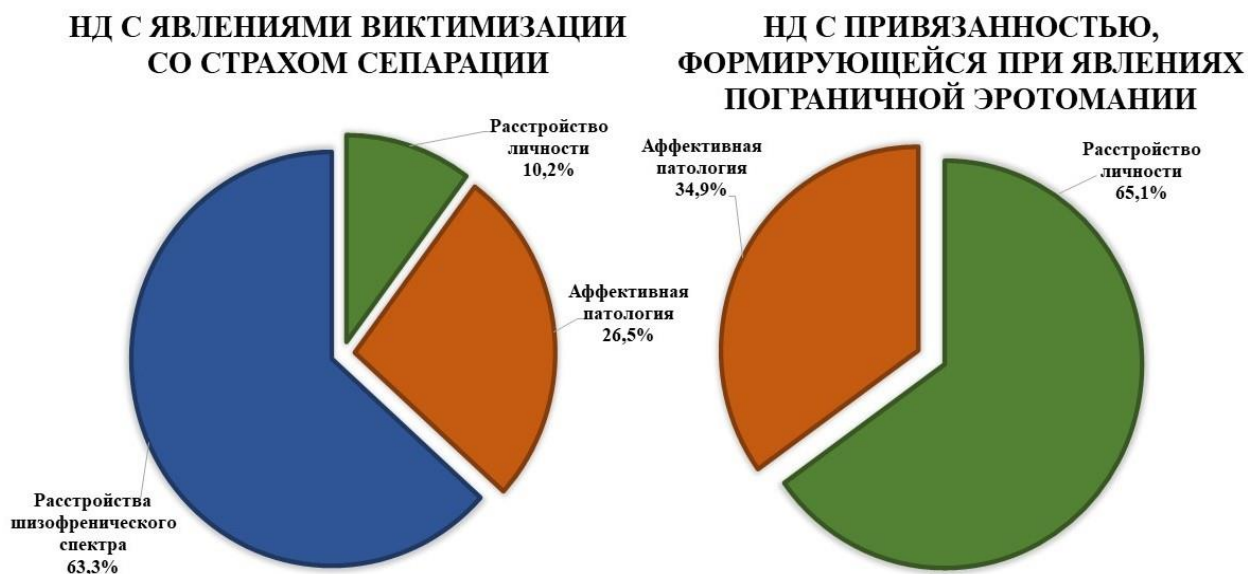


Рисунок 3 – Сравнение распределения диагнозов в группах клинической выборки (n=92)

Таким образом, можно отметить, что каждый из выделяемых денотативных комплексов обладает прогностической информативностью в отношении клинической структуры невротической депрессии, ассоциации с РЛ различных кластеров, а также может рассматриваться и в качестве предиктора дальнейшей динамики заболевания.

#### ГЛАВА 4. АСПЕКТЫ ДИНАМИКИ И НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ

Данные публикаций, посвященных проблеме невротической депрессии, разнородны и свидетельствуют о неоднозначности закономерностей динамики состояний, объединяемых термином «невротическая депрессия».

Как было указано ранее (см. главу 1), в большинстве случаев в катамнестических исследованиях авторы демонстрируют гетерогенность включаемых в понятие невротической депрессии состояний, а также их диагностическую нестабильность [76,141,166]<sup>33</sup>.

Так, наряду с имеющимися в доступной литературе указаниями на принадлежность депрессивного невроза к психогениям, возникающим в рамках динамики расстройства личности и являющимися началом невротического развития [34], существует ряд работ, выявляющих иные особенности психогенеза НД с трансформацией в аффективную патологию, либо заболевания шизофренического спектра [76,141].

Однако, несмотря на столь разнородные данные касательно динамики невротической депрессии, по настоящее время остаются не изученными особенности течения депрессивного невроза в зависимости от его нозологической принадлежности. Стоит подчеркнуть, что вопросы, касающиеся исходов и прогноза (в том числе трудового и социального) для невротических депрессий, формирующихся в клиническом пространстве различных нозологических единиц, также мало изучены.

Соответственно, психопатологические характеристики, аспекты динамики и особенности исходов невротических депрессий требуют дальнейшего изучения. При этом анализ данной проблемы целесообразно проводить с учетом разработанной типологии невротических депрессий: 1) НД с явлениями виктимизации со страхом сепарации – тревожно-фобический комплекс; 2) НД с

---

<sup>33</sup> Еще Н. Völkel [209] указывает, что в ряде случаев по мере течения болезни проявления депрессивного невроза принимают форму эндореактивной депрессии.



привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании – сверхценный комплекс (см. главу 3). Необходимым является соотнесение психопатологической структуры с особенностями течения, а также выявлением предиктивных факторов (маркеров), позволяющих еще на момент первичного осмотра установить принадлежность невротической депрессии к той или иной нозологии.

В настоящем исследовании катамнестические сведения, отражающие характеристики динамики невротической депрессии, включают данные о 70 пациентах (75,2% от общей выборки, женщин – 65, мужчин – 5)<sup>34</sup>. Средний возраст пациентов на момент катамнестического обследования составляет  $36,8 \pm 12,0$  лет.

Средняя продолжительность катамнестического наблюдения –  $19,6 \pm 6,4$  месяцев, при этом повторный осмотр произведен не ранее, чем через год после включения в исследование.

По результатам катамнестического обследования нозологические диагнозы распределяются следующим образом: расстройства шизофренического спектра (в том числе 6 случаев с шизотипическим расстройством личности) – 27 пациентов (38,6%), аффективная патология (рекуррентное депрессивное расстройство, дистимия) в 24 случаях (34,3%), у 19 пациентов (27,1%) невротические депрессии отмечаются в рамках траектории РЛ (см. рисунок 4).

---

<sup>34</sup> У 15 пациентов катамнестические сведения не получены в связи с недостаточной длительностью катамнеза (<12 месяцев), в остальных случаях (7 пациентов) в следствие отсутствия возможности провести повторное клиническое, психопатологическое и патопсихологическое обследование (переезд в другой город/страну, смена контактных данных и пр.).

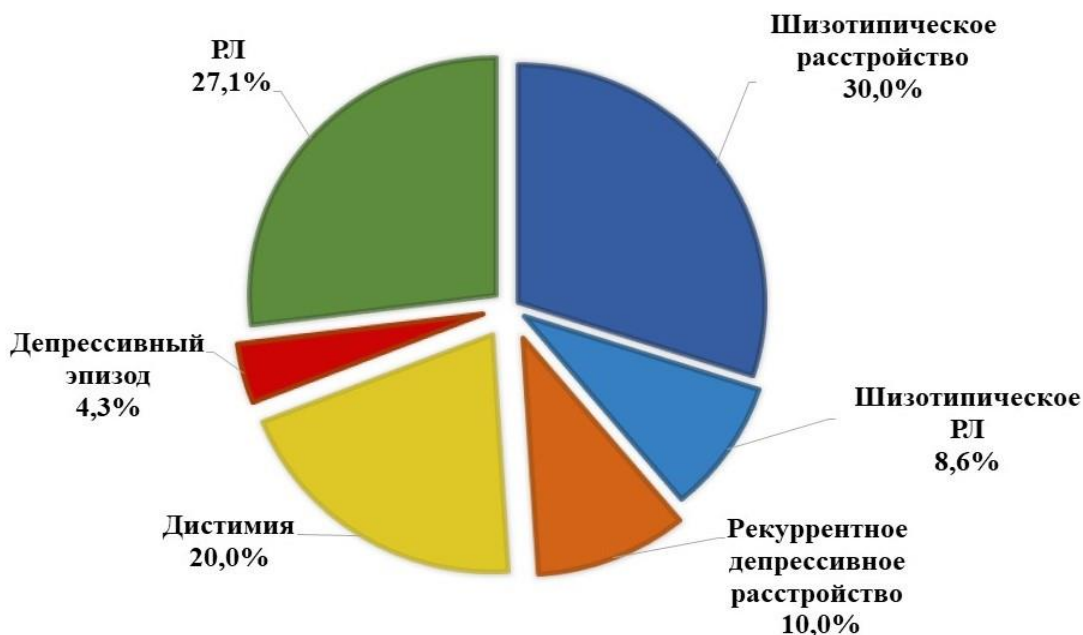


Рисунок 4 – Распределение диагнозов в клинической выборке при катamnестическом обследовании (n=70)

С целью более подробного изучения особенностей динамики невротических депрессий обратимся к рассмотрению соотношения их психопатологической структуры и нозологической принадлежности на момент катamnестического обследования (см. рисунок 5). По данным катamnестического исследования удастся установить, что тревожно-фобический содержательный комплекс депрессии (невротические депрессии с виктимизацией со страхом сепарации) наиболее часто формируется в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра (63,2%,  $p < 0,01$ ), а также аффективной патологии (28,6%). В то время как сверхценный комплекс (НД с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании) соотносится с преимущественной реализацией невротических депрессий в качестве психогений на траектории РЛ (67,4%,  $p < 0,01$ ), в меньшей степени – в рамках аффективных заболеваний (32,6%).



Рисунок 5 – Особенности соотношения психопатологической структуры НД, определяемой на момент первичного обращения, с нозологической принадлежностью по данным катамнеза (n=70)

При этом, при сравнении показателей распределения диагнозов на момент первичного осмотра и катамнестического обследования (см. рисунок 6) обращает на себя внимание увеличение процента шизотипического расстройства ( $p < 0,05$ ) и дистимии ( $p < 0,05$ ) среди выявляемой психической патологии<sup>35</sup>. В отношении остальных нозологических единиц достоверно значимой разницы в долевом распределении не установлено. Данный факт может свидетельствовать о валидности диагностики психических заболеваний (с использованием

<sup>35</sup> Стоит отдельно отметить, что при анализе особенностей динамики заболевания удается выявить «переход» шизотипического РЛ в шизотипическое расстройство, а рекуррентного депрессивного расстройства в дистимию (что косвенно подтверждается изменениями в процентном распределении нозологий с соответственным уменьшением частоты встречаемости иной по отношению к шизотипическому расстройству и дистимии патологии).

комплексного обследования: клинического с привлечением психометрических шкал и блока психологических методик) на момент первичного осмотра.



Рисунок 6 – Соотношение распределения нозологических диагнозов при первичном осмотре и катamnестическом обследовании

Среди рассматриваемых аспектов динамики невротической депрессии, выявляемых на момент катamnестического обследования, удается определить 3 варианта течения заболевания: а) затяжное по типу дистимии, б) ремиссия при рекуррентном течении (синдромальная, симптоматическая), в) рецидив при рекуррентном течении в виде повторных аффективных фаз (психогенных, аутохтонных).

Подробное рассмотрение вариантов динамики невротических депрессий с соотношением с нозологической принадлежностью гипотимических состояний представлено в Таблице 7.

Таблица 7 – Соотношение вариантов динамики при невротических депрессиях, формирующихся в рамках различных нозологий

Нозология	Дистимия (n=19), абс. (%)	Ремиссия (n=28), абс. (%)		Повторная депрессивная фаза (n=23), абс. (%)	
		Синдромальная (n=15), абс. (%)	Симптоматическая (n=13), абс. (%)	Психогенная (n=13), абс. (%)	Аутохтонная (n=10), абс. (%)
1. Расстройства шизофренического спектра (n=27), абс. (%)	10 (14,3)	-	11 (15,7)*	1 (1,5)*#	5 (7,1)
2. Аффективная патология (n=24), абс. (%)	9 (12,8)	3 (4,3)*	2 (2,9)*	5 (7,1)#	5 (7,1)
3. Расстройства личности (n=19), абс. (%)	-	12 (17,2)*	-	7 (10,0)*	-
p	-	<0,01	<0,01	*p1,3<0,01 #p1,2<0,01	-

Как видно из Таблицы 7, течение заболевания по типу дистимии наиболее характерно для НД, возникающих в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра и аффективной патологии, и определяется примерно в 1/3 всех случаев. Ремиссия (синдромальная и симптоматическая) на момент повторного осмотра выявлена у 40,1% пациентов. При этом, в то время как формирование синдромальных ремиссий наиболее характерно для невротических депрессий, реализующихся в качестве психогений на траектории РЛ (17,2%) и возникающих в рамках аффективной патологии (4,3%), у пациентов с НД при расстройствах шизофренического спектра преобладающими являются симптоматические ремиссии (15,7%). В 32,8% случаев на момент катamnестического обследования определяются повторные депрессивные фазы, в половине случаев (14,2%) являющиеся аутохтонными.

Особенности динамических аспектов невротических депрессий, формирующихся в рамках той или иной нозологии, рассматриваются в Таблице 8.

Таблица 8 – Аспекты динамики невротических депрессий, формирующихся в клиническом пространстве различной психической патологии

Признак сравнения	1. Расстройства шизофренического спектра (n=27)	2. Аффективная патология (n=24)	3. Расстройства личности (n=19)	p
Средняя длительность катанеза (мес)	18,9±6,4	21,1±5,6	17,3±5,2	NS
Количество повторных депрессивных фаз в анамнезе 1) психогенные	0,7±0,4	2,4±0,9	1,8±0,6	p <sub>1,2</sub> <0,01, p <sub>1,3</sub> <0,01
	2) аутохтонные	1,0±0,6	2,1±0,7	-
Количество повторных госпитализаций	1,8±0,5	1,7±0,6	0,5±0,4	p <sub>1,3</sub> <0,01, p <sub>2,3</sub> <0,01
Длительность ремиссий (мес)	4,3±1,2	6,9±2,7	10,1±4,8	p <sub>1,3</sub> <0,01

Как видно из Таблицы 8, большее количество депрессивных фаз в анамнезе (как аутохтонных, не являющихся невротическими, – 2,1±0,7, так и психогенных – 2,4±0,9) регистрируется у пациентов с НД, возникающей в рамках аффективной патологии. Однако большее количество повторных госпитализаций, а также значимо меньшая продолжительность ремиссий выявляется в группе пациентов с невротическими депрессиями, возникающими при расстройствах шизофренического спектра – 1,8±0,5.

Большее количество госпитализаций у пациентов с НД, возникающей в рамках расстройств шизофренического спектра, связано с сохранением в межфазных промежутках негативной симптоматики (явления типа avolition, ангедония, астенические проявления), что обуславливает также и меньшую по сравнению с другими группами длительность ремиссий.

С учетом того, что невротические депрессии связаны с длительным воздействием фрустрирующих обстоятельств, представляется целесообразным отдельно рассмотреть показатели стрессогенных событий (согласно опроснику

Холмса-Рея) с сопоставлением их с баллами НАМ-D, определяющими тяжесть депрессии, в динамике: на момент первичного осмотра и катamnестического обследования. Проведена оценка средних баллов опросника Холмса-Рея и НАМ-D для всех трех вариантов динамики невротической депрессии: на момент повторного осмотра 1) при затяжном течении по типу дистимии, 2) на этапе ремиссии, 3) при повторной депрессивной фазе при рекуррентном течении (см. рисунок 7).

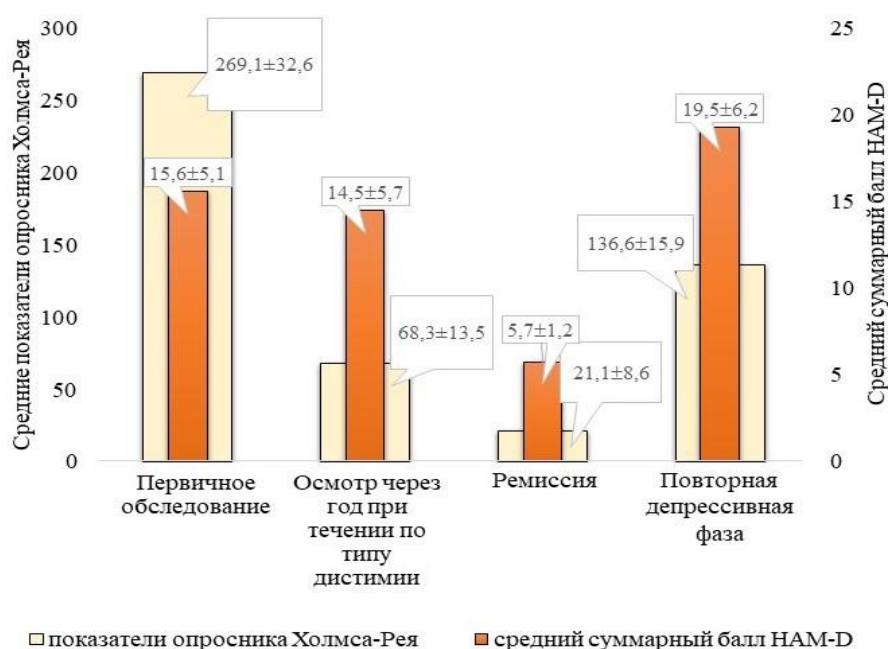


Рисунок 7 – Сопоставление показателей опросника Холмса-Рея и баллов НАМ-D при различных вариантах динамики заболевания

Наряду с ожидаемым уменьшением средних суммарных значений НАМ-D и опросника Холмса-Рея в период ремиссии, определяется сохранение достаточно высоких средних баллов НАМ-D при снижении показателей стрессогенных событий на момент катamnестического обследования в случае затяжного течения заболевания по типу дистимии. Подобным образом определяются высокие значения НАМ-D на фоне недостаточно значимых по выраженности показателей опросника Холмса-Рея при рекуррентном течении на момент повторной депрессивной фазы. Выявленные закономерности свидетельствуют о сохранении/рецидиве депрессивной симптоматики, несмотря

на дезактуализацию/значительное снижение стрессогенности фрустрирующих обстоятельств, а в отдельных случаях – разрешение психотравмирующей ситуации. Подобное снижение потребности в психотравмирующих воздействиях может свидетельствовать о наличии в ряде случаев у невротических депрессий тенденции к приобретению черт эндогенности.

Особого внимания заслуживает изучение характеристик профессионального маршрута и семейного статуса пациентов, рассматриваемые в Таблице 9 в соответствии с нозологической принадлежностью и аспектами динамики невротических депрессии.

Таблица 9 – Профессиональный маршрут и особенности семейного статуса по данным катamnестического обследования

Критерий	1. Расстройства шизофренического спектра (n=27), абс. (%)	2. Аффективная патология (n=24), абс. (%)	3. Расстройство личности (n=19), абс. (%)	p
Особенности профессионального маршрута				
Без изменений, абс. число (%)	2 (7,4)	21 (87,5)	19 (100)	p <sub>1,2</sub> <0,01 p <sub>1,3</sub> <0,01
Снижение квалификации, абс. число (%)	25 (92,6)	3 (12,5)	-	p <sub>1,2</sub> <0,01
Особенности семейного статуса				
Без изменений, абс. число (%)	25 (92,6)	23 (95,8)	14 (73,7)	p <sub>1,3</sub> <0,05 <sup>36</sup> p <sub>2,3</sub> <0,05
Развод/разрыв отношений, абс. число (%)	2 (7,4)	1 (4,2)	5 (26,3)	p <sub>1,3</sub> <0,05 p <sub>2,3</sub> <0,01

Следует особо отметить, что в понятие «снижение квалификации» включаются такие критерии как сокращение часов в трудовом дне и трудовой неделе, понижение в должности, неполное выполнение установленного рабочего

<sup>36</sup> Необходимо отметить, что при сравнении 3-х и более независимых выборок возрастает вероятность ошибки 1 типа. Таковая вероятность будет составлять в конкретном случае  $1 - 0,95^n = 1 - 0,857 = 14,2\%$  (где n – количество попарных сравнений) в противопоставление традиционно принимаемым 5%. Таким образом, необходимо использовать меньший критический уровень значимости, где  $p = 1 - 0,95^{1/n} = 1 - 0,95^{1/3} = 0,0170$ . То есть различия между группами можно считать значимыми лишь в случае  $p < 0,0170$  [18].



плана, а также отсутствие трудовой занятости на протяжении всего времени клинического наблюдения.

Удается установить, что пациенты с невротическими депрессиями, формирующимися в качестве психогении на траектории РЛ, во всех случаях сохраняют присущую ранее работоспособность (63,2% остались на прежнем месте, 26,3% получили повышение, 10,5% сменили место работы без понижения в должности). В то время как у большинства пациентов с НД, возникающей в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра (92,6%), определяется снижение трудовой квалификации. При этом, следует отметить, что 20,8% пациентов с невротическими депрессиями, возникающими в рамках аффективной патологии, вернулись к работе на фоне проводимой терапии (при отсутствии трудовой занятости на момент первичного осмотра).

Среди показателей семейного статуса важно отметить, что, несмотря на формально выявляемый более высокий уровень адаптации в семейной сфере у пациентов с НД при расстройствах шизофренического спектра (92,6%) и в рамках аффективной патологии (95,8%), данное обстоятельство не свидетельствует о благополучности складывающихся отношений (наоборот, в подавляющем числе случаев – 62,5% – внутрисемейные неурядицы являются ведущими психотравмирующими событиями).

Перед более детальным обсуждением динамики невротических депрессий, следует отдельно остановиться на рассмотрении критериев – клинических маркеров, – позволяющих судить об их нозологической принадлежности.

Так, опираясь на имеющиеся литературные данные, можно установить, что к предиктивным в отношении развития НД в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра относятся явления типа avolition [83,119,191], процессуальные нарушения когнитивных функций, а также выявляемые в преморбиде характерологические особенности кластера А [12,36,56,62,63,96,108,143,150]. В свою очередь, на формирование невротической депрессии в рамках аффективной патологии указывают наличие депрессивных фаз в анамнезе, явления девитализации (расстройства сна с его

укорочением, прерывистостью, отсутствием чувства отдыха, а также снижением аппетита с редукцией чувства голода, отвращением к пище), циркадианный ритм в состоянии [22,25,30,59,87,152,205,216]. О возникновении депрессивного невроза в качестве психогении на траектории РЛ свидетельствует определяемая при первичном осмотре истеро-депрессия с ведущим аффектом в виде раздражительности, дисфоричности [189], а также представленная в клинической картине полиморфная конверсионная симптоматика без сопутствующих витальных проявлений [26,34,122].

Таким образом, опираясь на вышеприведенные клинические маркеры, еще на момент первичного обследования возможно предопределить особенности динамики невротической депрессии, возникновение ее в рамках той или иной нозологии (см. рисунок 8).



Рисунок 8 – Клинические маркеры, являющиеся предиктивными в отношении нозологической принадлежности невротических депрессий

Обратимся к более детальному обсуждению особенностей динамики и прогноза в соответствии с нозологической принадлежностью невротических депрессий.

## **Невротические депрессии, формирующиеся в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра (27 наблюдений)**

Катамнестические сведения, позволяющие судить о психопатологических характеристиках и особенностях динамики невротических депрессий при расстройствах шизофренического спектра получены у 27 пациентов (женщин – 22, мужчин – 5; средний возраст на момент катамнестического обследования –  $37,1 \pm 8,9$  лет).

По данным патопсихологического исследования на момент катамнеза на первом плане в клинической картине – явления негативной аффективности в виде апатии, ангедонии, а также астении. При этом в структуре депрессивных расстройств (НАМ-D  $18,3 \pm 4,7$  балла) преобладающими являются снижение побуждений к деятельности, затруднение в выполнении повседневных видов активности, пассивность, что определяется неспособностью проявить волевое усилие в сочетании с безразличием к окружающему. Согласно ранее проведенным исследованиям [59,65,217] подобное своеобразие гипотимической симптоматики с присущим «негативным» оттенком в сочетании с «нев्यраженностью», «поверхностностью» витальных проявлений (отсутствие дифференцированного чувства тоски), анергией, снижением общего уровня активности и работоспособности указывает на связь с эндогенной процессуальной симптоматикой.

Также среди клинических проявлений – ослабление соматочувственных влечений с исчезновением чувства отдыха после сна, снижение аппетита [22].

Следует отметить, что у пациентов данной группы в клинической картине наряду с депрессивными проявлениями определяются симптомокомплексы, присущие заболеваниям шизофренического спектра – негативные расстройства по типу avolition (согласно современной двухфакторной модели негативных

изменений [61,118]<sup>37</sup>), выраженные астенические проявления, а также нарушения когнитивных функций в виде резонерства, амбивалентности, шперрунгов.

Так, по данным патопсихологического обследования на момент катамнеза у 77,8% пациентов данной группы выявляются апатоабулические расстройства со средним баллом по шкале «апатия-абулия» SANS  $3,4 \pm 0,4$ , в пункте «волевые нарушения» PANSS  $4,7 \pm 0,9$  балла, высокие показатели астенических проявлений – MFI-20  $80,0 \pm 9,9$ .

Отмечается снижение общего уровня психофизической активности и волевого потенциала психической деятельности (что отражается в пунктах «снижение уровня физической и психической активности» SANS –  $3,1 \pm 0,3$ ,  $p < 0,01$ <sup>38</sup>, и «снижение коммуникабельности» PANSS –  $4,6 \pm 0,9$  балла,  $p < 0,01$  и «пассивная социальная самоизоляция» PANSS –  $4,8 \pm 0,6$  балла,  $p < 0,01$ ), снижение профессиональной и обеднение бытовой продуктивности (средний балл в пункте «снижение активности в работе/быту» SANS –  $3,3 \pm 0,3$ ,  $p < 0,01$ ), субъективное ощущение общего оскудения энергетического потенциала психики (что соотносится со средним баллом в пункте «субъективная оценка апатоабулических расстройств» SANS -  $2,6 \pm 1,0$ ,  $p < 0,01$ ).

Стоит отдельно отметить, что у 70,4% пациентов явления типа avolition (апатия, абулия) выявляются еще на момент первичного осмотра (средний балл «апатия-абулия» SANS –  $3,1 \pm 0,7$  ( $p < 0,01$ ), «пассивная социальная самоизоляция» PANSS –  $4,5 \pm 0,9$  ( $p < 0,01$ ), «волевые нарушения» PANSS —  $4,4 \pm 1,1$  ( $p < 0,01$ )), что сочетается с астеническими проявлениями от средней до тяжелой степени выраженности (MFI-20 –  $70,0 \pm 15,3$ ).

---

<sup>37</sup> Двухфакторная модель – модель негативных изменений, согласно которой выделяются 2 основных типа расстройств: волевой (явления типа avolition) и эмоциональный (blunted affect – уплощенный аффект).

<sup>38</sup> Коэффициент достоверности отражает показатели статистического сравнения достоверности различия усредненных значений по пунктам шкал для групп с доминированием в клинической картине апатии, ангедонии.

В данном контексте следует подробнее остановиться на рассмотрении поднимаемого ранее рядом авторов вопроса взаимоотношения негативной симптоматики и депрессивных расстройств [4,162,200,201] с целью определения принадлежности апатии, абулии, астенических проявлений.

Опираясь на современные тенденции в развитииdimensionального подхода в изучении психической патологии (в том числе и дефицитарной симптоматики) [131,200], можно установить, что весь существующий диапазон показателей одной дименсии (апатии, абулии, астении и пр.) должен рассматриваться единым континуумом без отнесения конкретной дименсии к одной из нозологических категорий. Таким образом, предполагается, что вклад в возникновение таких симптомов, как апатия, ангедония, астенические проявления при невротических депрессиях, формирующихся в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра, вносит как негативная процессуальная, так и депрессивная симптоматика [82,154]. При этом взаимоотношения депрессивных и негативных расстройств, с одной стороны, можно рассматривать как «перекрытие», «наложение» («... depressive episode that is superimposed on...» [103]) депрессивной симптоматики на проявления расстройств шизофренического спектра [48,60,162]. С другой – эскалация ранее латентной дефицитарной симптоматики может быть обусловлена манифестацией рекуррентных депрессивных фаз [203].

Опираясь на приведенные достоверно значимые различия в основных показателях для явлений avolition в подшкалах SANS («апатия-абулия»), PANSS («пассивная социальная самоизоляция», «волевые нарушения»), а также балле MFI-20 между группой пациентов с невротическими депрессиями, возникающими в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра и в рамках других нозологий, можно предположить, что ведущим в отношении данных дименсий является вклад негативной симптоматики. В пользу принадлежности апатии, ангедонии, абулии к расстройствам шизофренического спектра свидетельствует также отсутствие значимой редукции данных симптомов по мере обратного развития депрессивной фазы,

несмотря на проводимую психофармакотерапию (см. главу 5). При том, что отмечается достоверное снижение выраженности ( $p < 0,05$ ) негативных симптомов, оно не достигает 50% от первоначального уровня: SANS («апатия-абулия»  $2,7 \pm 0,5$  балла, «ангедония-асоциальность»  $1,6 \pm 0,4$  балла), PANSS («волевые нарушения»  $3,6 \pm 1,0$  балла, «снижение коммуникабельности»  $3,3 \pm 0,9$  балла, «пассивная социальная самоизоляция»  $3,5 \pm 0,9$  балла).

Как показано в ранее проведенных исследованиях [61], негативные симптомы (явления типа avolition) проявляются не в «чистом» виде, а выступают в качестве «общих синдромов» совместно с патохарактерологическими расстройствами (являющимися вторичными по отношению к базисным дефицитарным изменениям). При этом при воздействии негативных расстройств происходит трансформация конституциональных аномалий с генерализацией ранее латентных, не являющихся превалирующими в личностном профиле характерологических дименсий («минус-радикалы» [193]) – психастенических черт [45,61]. Формирующийся у пациентов синдром псевдопсихастении сопровождается усилением выраженности нерешительности, неуверенности в себе, склонности к сомнениям, зависимости от членов семьи с сознанием собственной беспомощности и несостоятельности (подчас даже в решении простейших бытовых вопросов), неспособности выйти из длительно существующей психотравмирующей ситуации. Кроме того, отмечается напряженность, неловкость в обществе малознакомых людей с сохранением непосредственности общения в кругу семьи. Нарастание дефицитарной симптоматики сопровождается появлением реактивной лабильности, что определяет несоразмерную чувствительность пациентов даже к малейшим неурядицам и, как следствие, приводит к выбору непродуктивных моделей преодолевающего поведения, избеганию разрешения конфликта [155,167]. Так, даже условно-патогенный стрессорный фактор (небольшая размолвка с супругом, повышение нагрузки на работе с увеличением степени ответственности) способствует возникновению депрессивного состояния.

Полученные катamnестические данные свидетельствуют о неблагоприятном прогнозе при невротических депрессиях, формирующихся в рамках расстройств шизофренического спектра. Так, отмечаемое усиление выраженности дефицитарной симптоматики от одной депрессивной фазы к другой указывает на неуклонную прогрессивность эндогенного процесса [80,203], что сопряжено со стойкой утратой работоспособности [111,114,118]: 51,9% человек на момент катamnестического обследования не работали более 12 месяцев.

Данную группу составляют пациенты с доминирующими в преморбиде характерологическими особенностями, присущими лицам кластера А (DSM-5): шизоидное РЛ («шизоидные невротики» [5]) – 18,5%, шизотипическое РЛ – 59,3%, шизоидные истерики – 22,2% (что находит отражение в значении среднего балла SPQ-A –  $45,2 \pm 8,1$ ).

Закономерности динамики невротической депрессии, возникающей в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра, продемонстрированы в приводимой ниже истории болезни.

### **Пациент Л. И. И., на момент первичного осмотра 32 года**

Наследственность психопатологически отягощена.

Мать (60 лет): пенсионерка, работала бухгалтером. По характеру активная, деятельная, эксцентричная. После смерти супруга в 53 года перенесла затяжную, завершившуюся лишь через полгода депрессию с подавленностью, апатией, чувством «обедненности эмоций», «недостаточности эмоционального отклика». Не до конца осознавала реальность произошедшего, видела окружающее «как в тумане», была растеряна. По этому поводу к специалистам не обращалась. После перенесенного депрессивного эпизода изменилась по характеру, стала неряшливой, пренебрегала личной гигиеной (так, могла не принимать душ по несколько дней, подолгу не расчесывала волосы). Начала экстравагантно одеваться: носила одежду молодежного стиля броских цветов, ярко, неаккуратно

красилась. Стала более чудаковатой, начала собирать книги и игрушки с изображениями пингвинов, изучением которых занимался покойный.

### Линия отца

Отец: был замкнутым, малообщительным, неконфликтным. Имел высшее биологическое образование, всю жизнь посвятил изучению пингвинов. Неоднократно вызывался в экспедиции в Антарктиду, где жил по несколько месяцев. Умер в 55 лет от ТЭЛА.

Дочь (3 года): впечатлительная, тихая. Развитие согласно возрастным нормам.

**Пациент** родился от нормально протекавшей беременности в срок. В раннем развитии от сверстников не отставал.

Отличался слабым здоровьем: часто болел простудными заболеваниями, укачивало в транспорте. Однако на телесном неблагополучии внимания никогда не акцентировал.

В новых коллективах на протяжении жизни адаптировался не сразу, со сверстниками поддерживал формальные отношения. Несмотря на то, что не был стеснительным, в общении с окружающими испытывал дискомфорт. Отличаясь прямолинейностью, не всегда понимал смысл метафор и шуток.

Детские дошкольные учреждения не посещал, воспитывался родными на дому.

Большую часть времени проводил в одиночестве, всегда мог себя занять: играл в компьютерные игры, собирал конструктор, занимался выжиганием по дереву, паял.

В семье наиболее близкие отношения сформировал с матерью, делился с нею сокровенным, следовал всем указаниям касательно решения бытовых вопросов.

В школу пошел с 6 лет. Адаптировался не сразу, близких друзей не завел. Учился неровно: хорошие отметки получал лишь по предметам, вызывавшим интерес (в частности, по физике и математике). Увлечшись темой, подолгу засиживался за чтением учебников, искал дополнительную информацию в



библиотеке. В свободное время читал энциклопедии, техническую литературу, самостоятельно учился игре на гитаре.

После окончания школы, в 16 лет, поступил в технический вуз. Учился хорошо.

В том же возрасте появилась тяга к ношению экстравагантной одежды, дабы быть похожим на участников любимых рок-групп (темные плащи в пол, широкополые шляпы, длинные волосы, собранные в хвост).

По окончании вуза устроился инженером в крупную фирму. Со слов пациента, тогда осознал необходимость «привести себя в порядок»: отказался от привычных ранее вычурных вещей, аккуратно соблюдал деловой дресс-код, остриг волосы.

В коллективе, как и прежде, сформировал формальные отношения. С работой справлялся в полном объеме, нареканий со стороны начальства не вызывал. Будучи дотошным и ригидным в выполнении обязанностей, с трудом воспринимал любые нововведения. Нередко, выполняя производственные задания, засиживался допоздна, стремясь сдать проекты в срок. Через 2 года работы был назначен начальником отдела.

Интерес к противоположному полу с 19 лет. В 27 лет познакомился с будущей женой. Влюбившись, добивался расположения избранницы. Инициировал отношения, полностью сконцентрировался на возлюбленной, потакал всем ее капризам. В 28 лет оформили брак. По несколько раз в день созванивался или переписывался с супругой. Будучи неспособным к организации семейного быта, доверял жене распределение бюджета, советовался по любым мелочам. В связи с постоянной занятостью на работе (в ущерб домашним и семейным обязанностям), полностью подчинялся распорядку, установленному супругой. Свободное от работы время проводил преимущественно дома за компьютером, либо чтением технической литературы.

Жизнью собственных родителей интересовался мало. В 30-летнем возрасте перенес смерть отца, что выраженным снижением настроения не сопровождалось. При этом взял на себя все обязанности по организации похорон.

Тяготился необходимостью присмотра за пожилой матерью, контроля ее финансов.

Впервые отчетливое психическое неблагополучие в 31 год в связи со сменой начальства и известиями о возможном расформировании отдела. Со слов пациента, терпел регулярные придирки со стороны нового руководства, считая их необоснованными, а также угрозы сокращения заработной платы, увольнения. Снизилось настроение – преобладала подавленность и тревога. На протяжении дня непрерывно размышлял о предстоящем сокращении, доминировал страх остаться без средств к существованию. Чувствовал себя «словно в западне». Так, с одной стороны, тяготился напряженной обстановкой, с другой – не мог решиться оставить хорошо оплачиваемую работу. Нарушался сон, долго не мог заснуть из-за неотвязных тревожных мыслей. Аппетит оставался сохранным. Выраженных колебаний аффекта в течение дня не определялось.

Продолжал справляться с рабочими обязанностями. Отвлекался от неприятностей при нахождении дома, в обществе супруги.

Через полгода от начала неблагополучия стал отмечать нарастание раздражительности, повышенной эмоциональной лабильности. Срывался на жену и подчиненных на работе по мелочам, сбрасывал входящие на телефон звонки, избегая психоэмоциональной нагрузки.

В этот период после очередного конфликта с новым руководством подал заявление на увольнение. На этом фоне еще больше снизилось настроение. Доминировала тревога о бедственности положения, собственной несостоятельности, неспособности обеспечить семью финансово, опасался не найти новое место работы. Наряду с персистирующими тревожными опасениями впервые отметил появление апатии со снижением мотивации, заинтересованности в окружающем, общей слабости, утомляемости от привычных видов деятельности, повышенной чувствительности к внешним раздражителям (громким звукам, резким запахам). Испытывал рассеянность, трудности сосредоточения, ухудшилась память на текущие события. Перестал

читать, не интересовала даже техническая литература. По-прежнему плохо спал. По утрам ощущал себя неотдохнувшим. Снижился аппетит, однако в весе значительно не терял.

Несмотря на психическое неблагополучие, занимался поиском нового места работы. Однако не мог найти должность с удовлетворяющими условиями труда. Так, будучи ригидным, отказывался от прохождения курсов переквалификации, так как считал работу инженера «единственно подходящей». Не соглашался на менее квалифицированную деятельность, понижение в должности.

За последующие полгода отмечал нарастание подавленности, усилилась выраженность апатии симптоматики, чувства безрадостности. Сохранились астенические проявления. Усугубились нарушения когнитивных функций: появились обрывы, путаница мыслей, в связи с чем испытывал «несобранность». Отмечал затруднения в выполнении простейших бытовых действий, не мог сосредоточиться на определенной задаче, во время разговора нередко терял «нить сюжета». В связи с чем перестал ходить на собеседования, почти все время проводил дома, по всем вопросам советовался с супругой.

В связи с усилением болезненной симптоматики, падением работоспособности обратился в ФГБНУ НЦПЗ и был госпитализирован.

### **Психическое состояние**

На беседу проходит медленной походкой, движения угловаты. Выглядит на свой возраст. Одет непритязательно, в одежду темных тонов. Сидит в однообразной позе, жестикулирует мало. Выражение лица грустное, мимика обеднена. Визуальный контакт поддерживает непродолжительно. Речь в нормальном темпе. Голос маломодулированный, на одной ноте. Мышление вязкое, ригидное, обстоятельное. Периодически замолкает на несколько секунд, обдумывая ответ, что объясняет обрывами мыслей.

Себя описывает как человека ответственного, категоричного, склонного к застреванию на мелочах. Рассказывает, что испытывает дискомфорт при общении с окружающими, «не обладает достаточной социальной чуткостью»: не

понимает шуток, все сказанное воспринимает слишком прямолинейно. Отличается односторонностью увлечений. Так, все время посвящает работе, подчас пренебрегая семейными и домашними обязанностями. В семье также избирателен в привязанностях: на протяжении жизни имел «симбиотические» отношения с матерью, а затем супругой. Несамостоятельный в решении бытовых вопросов, во всем следует указаниям супруги, выполняет ее поручения.

Беспокоящее на протяжении года психическое неблагополучие связывает с неурядицами на работе, увольнением, последующей безработицей. Полагает, что подорвал финансовое положение семьи. Не может самостоятельно разрешить сложившуюся ситуацию, на всем протяжении болезни не оставляет ощущение «тупика», «словно не способен собраться». Считает, что сам создал себе «безвыходное» положение.

На протяжении дня подавлен, апатичен, жалуется на ощущение безразличия к окружающему, отсутствие мотивации, чувство безрадостности.

Неотвязно «прокручивает» мысли о собственной несостоятельности, беспомощности, неспособности финансово обеспечить семью, разрешить сложившуюся ситуацию, а также зависимости от супруги.

Все необходимые дела стремится выполнить в утренние часы, так как на протяжении дня нарастает вялость и слабость, к вечеру чувствует себя физически изможденным. В связи с утомляемостью перестал смотреть новостные телепередачи, фильмы с напряженным сюжетом. При этом раздражителен, не сдержан. Может срываться по любой мелочи, кричит.

Отмечает, что с трудом сосредотачивается на любых видах деятельности, снизилась память на текущие события, беспокоят обрывы мыслей в голове, рассеянность. Так, принимаясь за выполнение даже бытовых дел, с трудом восстанавливает в голове порядок действий: ощущает, «словно мысль ускользает», из-за чего «не может собраться», довести начатое до конца. Перестал читать современную техническую литературу.

Сон с трудностями засыпания из-за наплывов тревожных мыслей, не приносит чувства отдыха. Аппетит снижен, однако в весе значимо не терял.

Суицидальные мысли отрицает.

**Психометрическое обследование (на момент первичного осмотра)**

HAM-D – 18 баллов;

MFI-20 – 67 баллов;

SANS:

- подшкала «апатия-абулия» – 2,5 балла,
- подшкала «ангедония-асоциальность» – 2,6 балла;

PANSS:

- пункт «волевые нарушения» – 4 балла,
- пункт «пассивная/апатическая социальная самоизоляция» – 3 балла,
- пункт «снижение коммуникабельности» – 3 балла.

**Патопсихологическое обследование (на момент первичного осмотра)**

В ходе проведенного патопсихологического исследования выявлены следующие особенности протекания психических процессов пациента:

1) Психомоторный темп соответствует нижней границе нормы (время выполнения корректурной пробы – 7,5 мин., при норме до 8 мин).

2) Объем внимания достаточный (5 простых объектов, при норме в 5-7). Продуктивность избирательности внимания как показатель его целенаправленности – нарушена (16 слов в пробе Мюнстерберга, при норме от 21 слова). Показатели концентрации внимания в границах низкой нормы (9 ошибок в корректурной пробе при норме до 10 ошибок). Переключаемость внимания ослаблена.

3) Объем памяти на нижней границе нормы (5 простых объектов, при норме в 5-7). Продуктивность кратковременной памяти ослаблена (кривая по Лурия – 5-6-7-8-7, при норме в 9-10 слов). Долговременная память значимых нарушений не выявляет. Показатели опосредованной памяти снижены.

4) Динамика мыслительных процессов соответствует низкой норме (22 слова в методике исследования быстроты мышления). Операциональный компонент представлен нарушениями по типу искажения процесса обобщения на фоне актуализации латентных признаков (в методике «Сравнение понятий»

общим у реки и птицы называет то, что «они обе плывут – одна по небу, другая – вдоль борозды»; общим у яблока и кошки называет то, что они «сворачиваются в кружок и могут катиться»; у кожи и стекла – то, что «они обтягивают некоторые поверхности, чтобы что-то от чего-то ограничить или защитить» и пр.). На фоне искажения способности к обобщению и нарушений целенаправленности в виде разноплановости мышления отмечается ослабление категориального строя мышления. Целенаправленность мышления обнаруживает также нарушения, отмечаемые в вербальной продукции пациента, представленные наличием соскальзываний и шперрунгов.

По результатам обследования протекания психических процессов можно сделать заключение о наличии у них характеристик, присущих эндогенно-процессуальному патопсихологическому симптомокомплексу.

Личностно для пациента характерно обостренное чувство долга, ответственность, педантичность при выполнении даже простых заданий, требовательность и категоричность (с акцентуацией в пункте «педантичность» по ОЧХ-В). Отмечается выраженность черт интровертированности, в социальном взаимодействии обнаруживается ограниченность круга близких контактов с поверхностной формальной коммуникативностью, в сочетании с излишней прямолинейностью со снижением чувствительности к особенностям психологической и социальной составляющей межперсональных отношений (повышение баллов SPQ с преобладанием показателей по шкалам «отсутствия близких друзей»). Вышеуказанные преморбидные особенности соотносятся с личностными характеристиками, присущими шизоидному РЛ.

Наряду с чем в манифестирующей депрессивной фазе выявляется заострение ранее латентных черт с нерешительностью, самокопаниями и самообвинением, неуверенностью в себе, чувством собственного бессилия и растерянности по отношению к общим жизненным ситуациям, склонностью к зависимости от поддержки и советов близких. Что отражается в пункте «межперсональная чувствительность» SCL-90 (1,9 балла), а также в акцентуации по шкале тревожности и дистимности в ОЧХ-В.

Определяется формирование черт реактивной лабильности по типу низкой адаптивности к стрессорам с неустойчивостью аффективных реакций, снижением резистентности по отношению ко внешним воздействиям, склонностью к эксплозивному реагированию.

**Соматический статус:** Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7<sup>0</sup>С. Кожные покровы обычного цвета, сухие, сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=ps=80 уд. в мин., шумов нет. АД 105/80 мм.рт.ст.. В легких дыхание везикулярное, ЧДД=15 в мин., хрипов нет. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

**Неврологический статус:** Лицо симметричное. Глазные щели симметричные. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранна. Язык по средней линии, глотание не нарушено. Мышечный тонус конечностей в норме, D=S. Парезов и параличей нет. Координаторные пробы выполняет. В позе Ромберга устойчив. Очаговой неврологической патологии не выявлено.

**ЭЭГ:** Признаков снижения порога судорожной готовности не выявлено.

**Заключение невролога:** Знаков очагового поражения головного мозга не выявлено.

#### **Данные лабораторных и инструментальных обследований:**

**Общий анализ крови:** эритроциты –  $4,57 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 139 г/л, тромбоциты –  $261 \times 10^9/л$ ; лейкоциты –  $7,5 \times 10^9/л$ , палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 70%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 26%, базофилы – 0%, моноциты – 2%, СОЭ – 6 мм/ч.

**Общий анализ мочи:** относительная плотность – 1020; реакция – 6,0; глюкоза, белок, ацетон – отсутствуют; эпителий плоский – ед в п/зр; лейкоциты – 0-1 в п/зр; эритроциты – нет; цилиндры – отсутствуют; бактерии – отсутствуют; слизь – незначительное количество.

*Биохимический анализ крови:* общий белок – 73,6 г/л; глюкоза – 4,6 ммоль/л; билирубин общий – 9,3 мкмоль/л; АСТ – 22 Ед/л; АЛТ – 19 Ед/л; холестерин – 4,8 ммоль/л; креатинин – 75,7 мкмоль/л.

*ЭКГ:* Синусовый ритм, ЧСС=72 уд. в мин. Нормальная ЭКГ.

*Заключение терапевта:* Хронический тонзиллит.

*Заключение офтальмолога:* ОУ – миопия средней степени.

### **Стационарное лечение:**

Во время нахождения в стационаре получал парентеральную в/в терапию в составе: сульпирид до 200 мг в/в капельно + диазепам до 10 мг в/в капельно (№10) с последующей коррекцией: сульпирид до 200 мг в/в капельно + пирацетам до 2000 мг в/в струйно (№5) в связи с сохраняющейся астено-апатической симптоматикой, нарушениями когнитивных функций.

Таблетированная терапия:

1 курс: сертралин до 150 мг/сут.

2 курс: в связи с недостаточной редукцией психопатологической симптоматики (сохраняющиеся проявления тревожно-апатической депрессии, негативные расстройства, нарушения когнитивных функций) проведена коррекция схемы лечения с увеличением дозировки сертралина до 200 мг/сут и присоединением оланзапина с последовательным увеличением его дозировки до 7,5 мг/сут.

В связи с выраженными побочными явлениями (седация, резкое повышение аппетита с набором массы тела - 10 кг за 4 недели терапии), сохраняющимися дефицитарными расстройствами осуществлена коррекция терапии в виде:

3 курс: сертралин до 200 мг/сут; арипипразол до 5 мг/сут.

Проведены сеансы рациональной психотерапии (№10).

За время лечения в стационаре (8 недель) стал более ровным аффективный фон. Снизилась интенсивность тревожных мыслей, редуцировалась подавленность. Уменьшилась выраженность апатии, ангедонии. Улучшились когнитивные функции: стали менее выраженными рассеянность, обрывы, наплывы и путаница мыслей. Нормализовались сон и аппетит. Был выписан с



улучшением на поддерживающей терапии сертралином 150 мг/сут, арипипразолом 5 мг/сут с рекомендациями амбулаторного наблюдения. Психотерапию принимал систематически.

### **Психометрическое обследование (на момент выписки)**

HAM-D – 10 баллов;

MFI-20 – 52 балла;

SANS:

- подшкала «апатия-абулия» - 2,0 балла,
- подшкала «ангедония-асоциальность» - 2,2 балла;

PANSS:

- «волевые нарушения» – 3 балла,
- «пассивная/апатическая социальная самоизоляция» – 2 балла,
- «снижение коммуникабельности» – 2 балла.

### **Катамнез (33 года)**

После выписки из стационара, несмотря на практически полную редукцию аффективных проявлений, отмечал сохранение «лености», «трудностей преодоления себя», «снижения стремлений», повышенной утомляемости как от физической, так и психоэмоциональной нагрузки.

Заострились черты нерешительности: больше, чем обычно, советовался с супругой, ощущал собственную зависимость от нее, беспомощность, просил жену помочь в поиске работы.

Субъективно расценивал ранее перечисленные симптомы как «остаточные» проявления депрессии. Полностью здоровым себя не чувствовал. Терапию принимал систематически, наблюдался амбулаторно.

Вновь занялся поиском места работы. По настоянию супруги устроился на должность с меньшей занятостью, возможностью удаленного режима. Несмотря на то, что с обязанностями справлялся, теперь нуждался в отдыхе после продолжительных умственных нагрузок, при работе из дома спал в дневное время по несколько часов. Периодически отмечал рассеянность, забывчивость, трудности сосредоточения, когда был вынужден по несколько раз перечитывать

один и тот же текст. Рационально объяснял для себя это тем, что «отвык от систематизированного труда», «в скором времени должен вернуться в строй».

Очередное отчетливое ухудшение психического состояния в 33 года (через год после госпитализации) без выраженной внешней провокации. Снизилось настроение с подавленностью, апатией, чувством безрадостности. Вновь отметил возникновение наплывов мыслей о собственной профессиональной несостоятельности, никчемности, неотвязно возвращался к событиям прошлого, винил себя в опрометчивости увольнения с работы, подвел жену. Наросла общая слабость, вялость, чувство безволия, а также трудности сосредоточения и концентрации внимания, вновь появились обрывы и путаница мыслей. Нарушились сон и аппетит.

Все чаще брал удаленную работу, задерживал сроки сдачи проектов, допускал множество ошибок в простейших расчетах.

Через 2 месяца от ухудшения состояния в связи с усугубляющимися апатоабулическими проявлениями, нарушениями когнитивных функций перестал справляться с рабочими обязанностями, в связи с чем был вынужден уволиться.

В выходные залеживался в постели, бесцельно гулял возле дома. Острее реагировал на малейшие неурядицы, кричал на близких, мог расплакаться даже по незначительным бытовым мелочам. Замкнулся, общение поддерживал только с родственниками.

По настоянию супруги обратился к психиатру на амбулаторный прием, была проведена коррекция схемы лечения: арипипразол 7,5 мг/сут, мirtазапин 30 мг/сут. От госпитализации отказался.

### **Психический статус (на момент катamnестического обследования)**

Выглядит старше своего возраста. Одет неаккуратно, в спортивном стиле. Волосы сальные, не уложены. Сидит в однообразной позе, скован, практически не жестикулирует. Движения замедленные, диспластичные. Мимика маловыразительная, выражение лица печальное. Во время беседы визуальный контакт не поддерживает, смотрит перед собой. Речь в несколько замедленном

темпе. Голос интонационно не окрашен. Дает в основном односложные, краткие ответы, нередко после продолжительной паузы. Отвечает не всегда по существу, отмечаются соскальзывания с темы беседы.

Жалуется на сниженное настроение с подавленностью, апатией, чувством безрадостности.

В течение дня беспокоят наплывы мыслей о несостоятельности в трудовой деятельности. Непрестанно упрекает себя в беспомощности, нерешительности, неспособности разрешить сложившуюся ситуацию самостоятельно.

Винит себя в том, что совершил опрометчивый поступок, уволившись с предыдущего места работы, сам создал безвыходную ситуацию, за что теперь расплачивается. Считает себя никчемным мужем и отцом, который своим безвольным поведением подводит семью.

Беспокоит выраженная общая слабость, вялость. Разбитость, бессилие возникают уже в ранние утренние часы, сразу же после пробуждения. Несмотря на дневной сон, увеличение количества часов отдыха не испытывает отдохновения.

Отмечает чувство безволия, «болезненной лени», отсутствие мотивации. С трудом заставляет себя осуществлять элементарные гигиенические процедуры. При удобном случае залеживается в постели, на протяжении большей части дня ничем не занят.

Также высказывает жалобы на усиление рассеянности, трудностей сосредоточения, на обрывы и путаницу мыслей. Не читает техническую литературу, с трудом улавливает смысл телевизионных передач. Не может долго удерживать внимание на конкретном виде деятельности, постоянно отвлекается.

Сон нарушен по типу трудностей засыпания из-за наплывов мыслей. Аппетит снижен с отвращением ко вкусу пищи, похудел на 4 кг за 3 месяца. Отчетливого суточного ритма в состоянии не определяется.

Суицидальные мысли отрицает.

**Психометрическое обследование (на момент катанеза)**

НАМ-D – 20 баллов;

MFI-20 – 82 балла;

SANS:

- подшкала «апатия-абулия» – 3,3 балла,
- подшкала «ангедония-асоциальность» – 3,6 балла;

PANSS:

- подшкала «волевые нарушения» – 5 баллов,
- подшкала «пассивная социальная изоляция» – 4 балла,
- подшкала «снижение коммуникабельности» – 4 балла.

### **Патопсихологическое обследование (на момент катамнеза)**

При сравнении с результатами исследования на момент первичного осмотра определяется:

1) Снижение психомоторного темпа обследуемого с увеличением времени выполнения корректурной пробы – 12 мин. (при норме до 8 мин).

2) Сужение объема внимания (4 простых объекта, при норме в 5-7). Продуктивность концентрации внимания грубо нарушена (30 ошибок в корректурной пробе, при норме до 10 ошибок), что связано так же со снижением способности к сосредоточению при устойчивой нагрузке на функцию на фоне наличия когнитивной истощаемости. Избирательность внимания как показатель его целенаправленности обнаруживает снижение (17 слов в пробах Мюнстерберга, при норме от 21 слова).

3) Сужение объема памяти (4 простых объекта, при норме в 5-7). Сохраняется ослабление продуктивности кратковременной памяти (кривая по Лурия – 4-4-6-6-6, при норме в 9-10 слов), что связано с недостаточностью функции внимания, а также определяется ослабление долговременной памяти (ретенция по Лурия – 5 слов, при норме в 7-8). Опосредованная память нарушена, что связано с искажением ассоциативного компонента мышления обследуемого, приводящего к недостаточности опоры мнестических процессов на мыслительные.

4) Заторможенность динамики мыслительных процессов (11 слов в исследовании быстроты мышления). Операциональный компонент мышления

остается умеренно нарушенным по типу искажения процесса обобщения на фоне актуализации латентных признаков. Целенаправленность мышления нарушена, сохраняются обрывы, периодические наплывы, путаница мыслей.

Таким образом, в ходе проведенного обследования (с учетом сопоставления результатов проб с таковыми на момент первичного осмотра) у пациента выявлены особенности протекания психических процессов, характерные для эндогенно-процессуального патопсихологического симптомокомплекса.

Личностно для обследуемого характерна амплификация ранее латентных черт в виде нерешительности, склонности к самокопаниям и рефлексии (что отражается в увеличении баллов SCL-90 по шкалам «межперсональная чувствительность» – 2,5 балла, «тревожность» – 1,4 балла, а также в акцентуации по шкале тревожности и дистимности в ОЧХ-В, повышении баллов в пункте «избыточная социальная тревожность» SPQ-A). Присущее пациенту чувство собственной несостоятельности и беспомощности, неуверенность в способности самостоятельно разрешить сложившуюся ситуацию, приводят к формированию невротического комплекса с патологической зависимостью от значимого другого.

### **Клинический разбор**

На момент катamnестического обследования клиническая картина заболевания соответствует тревожно-апатической депрессии с негативными расстройствами (апатобулические симптомокомплексы – avolition, явления редукции энергетического потенциала, патохарактерологические изменения по типу псевдапсихастении), нарушением когнитивных функций в рамках шизотипического расстройства.

Так, несмотря на выявляющийся невротический комплекс, присущий депрессивному неврозу (с тревожными размышлениями о собственной несостоятельности, неудовлетворенности работой), на первый план выходят проявления негативной аффективности, «перекрывающиеся» с дефицитарными симптомокомплексами заболеваний шизофренического спектра [99,154,162]:

явления типа avolition (апатия, абулия), ангедония, а также астенические расстройства с падением активности, физической и психической истощаемостью. Помимо этого, определяются выраженные нарушения мышления в виде трудностей сосредоточения, ухудшения памяти, шперрунгов.

Клинические данные подтверждаются баллами психометрических шкал со значениями, соответствующими умеренной выраженности негативных расстройств по подшкалам SANS («апатия-абулия» - 3,3 балла, «ангедония-асоциальность» - 3,6 балла) и PANSS («пассивная социальная изоляция» - 5 баллов, «снижение коммуникабельности» - 4 балла, «волевые нарушения» - 4 балла), а также показателями астении тяжелой степени MFI-20 – 82 балла.

Стоит отдельно подчеркнуть, что наряду с депрессивными руминациями (возвращение к совершенным ошибкам, неспособность разрешения ситуации) определяются идеи вины (подвел свою семью), что в сочетании с апатией, социальной отгороженностью имеет вид «самоистязающей» депрессии [73].

Следует отметить, что депрессивная фаза, выявляемая на момент катамнестического обследования, манифестирует без видимой внешней провокации: показатели опросника Холмса-Рея (144 балла) не превышают средние и недостаточны для психогенного обоснования природы депрессии.

При этом при первичном осмотре на первом плане в клинической картине – тревожно-депрессивная симптоматика, возникновение которой непосредственно связано с длительно существующей психотравмирующей ситуацией (конфликты на рабочем месте, увольнение, безработица), что формально соответствует критериям депрессивного невроза.

Таким образом, при рассмотрении психогенеза заболевания, как и в остальных случаях в данной группе, удастся выявить, что первоначальное состояние, манифестирующее в виде невротической депрессии с тревожно-фобическим комплексом, с течением времени трансформируется. Развиваясь в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра, с течением времени депрессия эндогенизируется (идеи вины, нарушение витальных функций) и сопровождается нарастанием (а в дальнейшем превалированием) в

клинической картине дефицитарных симптомокомплексов (апатобулические, астенические), а также расстройств мышления.

Необходимо подчеркнуть, что уже при первичном обследовании, как и у всех пациентов данной группы, в структуре депрессии выявляются апатия, ангедония, астения, а также нарушения когнитивных функций. Однако тяжесть указанных симптомокомплексов отличается меньшей выраженностью по сравнению с таковыми, определяемыми при катamnестическом обследовании и соответствует показателям легкой степени негативной симптоматики типа avolition, ангедонии (средний балл подшкал SANS «апатия-абулия» - 2,5 балла, «ангедония-асоциальность» - 2,6 балла; PANSS «волевые нарушения» - 4 балла, пассивная/апатическая социальная самоизоляция» - 3 балла, «снижение коммуникабельности» - 3 балла) и средним показателям астенических расстройств (MFI-20 – 67 баллов).

Следовательно, как и в остальных наблюдениях в данной группе, еще на момент первичного осмотра возможно установить предиктивные факторы – маркеры (явления типа avolition, нарушения когнитивных функций), позволяющие предопределить реализацию невротической депрессии в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра.

Стоит также отметить, что симптоматическая ремиссия (длительностью год) между депрессивными фазами характеризуется редукцией аффективных проявлений с маловыраженным снижением интенсивности негативных расстройств. Так, на момент выписки сохраняется апатобулическая симптоматика, астения (с повышенной утомляемостью как от физических, так и психоэмоциональных нагрузок) в виде «общего синдрома» с патохарактерологическими изменениями по типу псевдопсихастении [45], нарушения когнитивных функций.

Вышеуказанные особенности подтверждаются результатами патопсихологического обследования: согласно показателям психометрических шкал при осмотре на момент выписки определяются значения HAM-D, соответствующие депрессии легкой степени, в то время как средние баллы

подшкал SANS («апатия-абулия» - 2,0 балла, «ангедония-асоциальность» - 2,2 балла), PANSS («волевые нарушения» - 3 балла, «пассивная/апатическая социальная самоизоляция» - 2 балла, «снижение коммуникабельности» - 2 балла) и MFI-20 (52 балла) не обнаруживают значимого снижения выраженности негативных симптомов (по сравнению с выявляемыми в депрессивной фазе).

При рассмотрении преморбидных характеристик пациента удается выявить конституциональные аномалии, присущие лицам с шизоидным РЛ. Так, личностные особенности характеризуются сочетанием черт в виде категоричности суждений, добросовестности, упорства в достижении целей с высоким уровнем работоспособности (сверхценное отношение к работе с крайней погруженностью в рабочий процесс – «work engaged» [214]) при избирательности увлечений и симпатий. Определяется дистонность отношений с окружающими с ощущением психологического дискомфорта, неспособности уловить особенности разговорных нюансировок, юмор, неуместная прямолинейность, а также ограниченность контактов и сосредоточение привязанности на одном близком человеке («симбиотические» отношения изначально с матерью, затем – с супругой).

Обращает на себя внимание тот факт, что в процессе психогенеза по мере нарастания дефицитарных расстройств (avolition, астенические проявления) и под их влиянием происходит амплификация ранее не превалировавших, латентных конституциональных аномалий («минус-радикалы» [193]) – явлений псевдопсихастении [45,61] с формированием «общих синдромов» с апатоабулическими симптомокомплексами. Нарастание психастенических черт сопровождается появлением и усугублением неуверенности в себе, тревожными опасениями и сомнениями, что сопряжено с гипертрофированными зависимыми чертами. Пациент стремится переложить принятие решений на супругу, впоследствии уйти от повышенной ответственности (сомнения в способности сменить место работы на более доходное), послушно выполняет порученные ему задания, избегает принятия самостоятельных решений.



В пользу квалификации характерологических особенностей пациента в рамках шизоидной конституции свидетельствуют и особенности семейного анамнеза. Так, по обоим линиям отмечается накопление личностных черт, присущих кластеру А. При этом квалификация характерологических особенностей матери пациента в рамках нажитой психопатии типа фершробен (от нем. *Verschrobene* – «чудак») не вызывает сомнений (особенности перенесенной реакции горя с ведущими явлениями аффективного дисбаланса [14] с последующим заострением черт чудаковатости, экстравагантности – феномен «второй жизни» [43]). В свою очередь личностные особенности отца пациента можно квалифицировать как шизоидные (избирательная поглощенность деятельностью, аутистичность).

В виду сохранения и утяжеления по данным катамнеза негативных симптомов типа *avolition*, отчетливых нарушений когнитивных функций, редукции энергетического потенциала, а также нарастания патохарактерологических изменений (в виде «общих синдромов» с апатоабулическими симптомокомплексами) в рассматриваемом клиническом случае (что сопровождается падением работоспособности) относительно диагноза шизотипического расстройства (F21, МКБ-10) сомнений не возникает.

Однако, ввиду рассмотренных особенностей психогенеза, небезосновательно говорить о фактическом сосуществовании двух осей психических расстройств с «наложением» аффективной патологии на эндогенно-процессуальное заболевание и экзацербацией негативной симптоматики при манифестации депрессивной фазы.

О тяжести психического состояния свидетельствует степень социальной и профессиональной дезадаптации.

Полученные анамнестические и катамнестические данные соотносятся со сведениями доступной литературы, согласно которым прогностическим в отношении неблагоприятного исхода депрессивных состояний, возникающих в рамках расстройств шизофренического спектра и сопровождающихся

негативной симптоматикой, является наличие дефицитарных симптомов с самого начала болезни, а также незаметного начала заболевания [114,143].

### **Невротические депрессии, возникающие в клиническом пространстве аффективной патологии (24 наблюдения, все женщины)**

Средний возраст пациентов составляет  $39,3 \pm 9,8$  лет. Распределение диагнозов в данной выборке представлено следующим образом: дистимия (F34.1, МКБ-10) – 14 случаев, рекуррентная депрессия (F33.1, МКБ-10) – 7 пациентов, депрессивный эпизод (F32.1, МКБ-10) – 3.

Среди ведущих критериев отнесения клинических наблюдений к данной группе – наличие в структуре психопатологических проявлений эндоформных черт, нарушений витальных функций: укорочение сна, снижение аппетита, патологический циркадианный ритм [22,59,87,152,205,216].

При этом, несмотря на то что НД в данной группе выступают в ряду аффективной патологии, депрессивные состояния сохраняют определенную специфику. Так, у пациентов выявляется эмоциональная лабильность, сопряженная с неустойчивостью аффективного фона, низким порогом чувствительности к психотравмирующим воздействиям, что является одним из важнейших факторов уязвимости к развитию депрессивных состояний [58] – предиктивным клиническим маркером. Так, в 68,0% случаев зарегистрирована склонность к возникновению гипотимических/«подпороговых» эпизодов в анамнезе.

Сами аффективные состояния имеют вид циклотимии на гетерогенной почве: данную группу составляют пациенты, у которых в преморбиде выявляются патохарактерологические особенности, присущие лицам неаффективного кластера (с ведущими тревожной и/или истерической дименсией [34]).

В соответствии с характеристиками динамики выделены 2 подгруппы пациентов. Первую подгруппу составляют пациенты с рекуррентным течением заболевания, вторую – с затяжным по типу дистимии.

Следует отметить, что, помимо неоднородности в отношении нозологической принадлежности и особенностей течения (по типу дистимии/рекуррентное/единичный депрессивный эпизод), удастся выявить гетерогенность клинических проявлений аффективных фаз у данной группы пациентов.

Обратимся к более детальному рассмотрению особенностей депрессивных состояний данной группы.

**Подгруппу с НД, формирующимися при рекуррентной аффективной патологии,** составляют 15 пациентов (все женщины), средний возраст -  $39,3 \pm 9,4$  лет.

При катамнестическом обследовании на первый план в клинической картине депрессий выходит тоска, лишенная свойств физикальности: преимущественно идеаторного содержания<sup>39</sup> [66]. В денотате депрессии доминируют идеи малоценности, бесперспективности, а также упреки в собственной неудачливости, неспособности выйти из длительно существующей фрустрирующей ситуации (средний балл НАМ-D составляет  $23,6 \pm 6,8$ ).

Стоит отметить, что при обследовании на момент катамнеза у пациентов данной группы также выявляются жалобы на апатию в виде потери интересов к различным видам деятельности, безразличия к окружающему, ангедонию, что отличает апатическую симптоматику от таковой при невротических депрессиях, формирующихся в рамках расстройств шизофренического спектра и сопровождающихся преобладанием мотивационного и волевого снижения [65]. При этом, выраженность апатии и ангедонии у пациентов данной группы является значительно меньшей по сравнению с таковыми при НД при расстройствах

---

<sup>39</sup> Лишь у 20,0% пациентов тоска имеет витальный характер с локализацией в за грудиной проекции.

шизофренического спектра (что подтверждается средним показателем подшкалы «апатия-абулия» SANS  $0,7\pm 0,3$  ( $p<0,01$ )<sup>40</sup>, «ангедония-асоциальность» SANS  $0,8\pm 0,3$  ( $p<0,01$ ), баллами в пункте «пассивная/апатическая социальная самоизоляция» PANSS  $1,5\pm 0,3$  ( $p<0,01$ ), «волевые нарушения» PANSS  $1,4\pm 0,5$  ( $p<0,01$ )<sup>41</sup>). Выявляемые отличия можно считать показательными в разграничении данных дименсий в рамках различных нозологических категорий [144,200].

Наряду с тоской и апатией в клинической картине выявляются астенические расстройства от средней до тяжелой степени выраженности (с отражением в показателях MFI-20  $67,6\pm 12,5$ ), формирующие комплекс «витальной астении» [28].

В структуре депрессий данной подгруппы отмечается патологический циркадианный ритм, который, однако, ассоциирован с утяжелением в утренние часы астено-апатических расстройств.

Определяется снижение аппетита, что сопровождается значимой потерей массы тела, нарушения сна с его прерывистостью и ранними пробуждениями.

При исследовании динамических аспектов депрессивных состояний, удается выявить, что все пациенты рассматриваемой подгруппы на момент первичного обращения принадлежали к группе НД с явлениями виктимизации со страхом сепарации – тревожно-фобический комплекс (см. главу 3). Однако, согласно данным катамнеза можно установить, что структура депрессивных состояний претерпевает значимые изменения. Наряду с расширением клинической картины за счет витальных расстройств, на первый план выступают идеи малоценности, бесперспективности, в то время как ранее существовавший

---

<sup>40</sup> Коэффициент достоверности отражает сравнение показателей психометрических шкал данной подгруппы пациентов со средними значениями у пациентов с невротическими депрессиями в рамках расстройств шизофренического спектра.

<sup>41</sup> Следует отметить, что, несмотря на определенные лимитации по использованию SANS и PANSS для отличных от шизофрении расстройств, имеется ряд работ, касающихся исследования негативной симптоматики (негативной аффективности) у пациентов с депрессиями с привлечением данных психометрических шкал [120,159].

денотативный комплекс с тревожными руминациями инкапсулируется и более не является ведущим в состоянии.

Таким образом, полученные данные позволяют установить, что невротические депрессии с тревожно-фобическим комплексом (описываемые в исследованиях последних десятилетий как «подпороговые») фактически являются начальным этапом более выраженных аффективных состояний (соответствующих согласно современным классификациям рекуррентной депрессии), имея тенденцию к временной трансформации психопатологической симптоматики [128,135,156,207]. Особенности психопатологической структуры и динамики невротических депрессий, развертывающихся по мере течения заболевания в рамках аффективной патологии, в определенной степени соотносятся с имеющимися в литературе данными [40,58]. Так, авторами указывается на переход подпорогового гипотимического, сопровождающегося / «перекрывающегося» тревогой состояния<sup>42</sup> в депрессию эндогенного круга.

Несмотря на регистрируемые по результатам катamnестического обследования в структуре депрессивных состояний эндоформные черты, невротические депрессии, формирующиеся в рамках аффективной патологии, отличны по ряду признаков от циркулярной меланхолии. Так, у пациентов данной подгруппы не выявляется суицидальных идеаций, а циркадианный ритм определяется исключительно большей выраженностью в утренние часы астено-апатической симптоматики. Также удастся установить, что, в отличие от циркулярной меланхолии, во всех случаях уменьшение выраженности/редукция депрессивной симптоматики выявляется при разрешении психотравмирующей ситуации (непродолжительная стабилизация семейной обстановки, нахождение вне дома / работы, временное отельное проживание и пр.) [123].

Однако, следует отметить, что выявляется тенденция к аутохтонной манифестации аффективных расстройств со снижением триггерных функций

---

<sup>42</sup> Авторами отдельно не рассматривается природа данных гипотимических состояний – не имеется указаний на облигатность наличия / отсутствия внешних психотравмирующих обстоятельств, соучаствующих в формировании аффективных расстройств.

психотравмирующих обстоятельств по мере увеличения количества депрессивных фаз [140,183].

В случае рекуррентного течения депрессии, аффективные фазы разделены синдромальными ремиссиями (средний балл НАМ-D  $5,9 \pm 1,4$ ). Полная редукция болезненных проявлений у части пациентов (46,7%) регистрируется через 4-6 мес., у 20,0% – через год. При этом по мере течения заболевания увеличивается длительность госпитализаций, что сопровождается временным снижением уровня трудовой и социальной адаптации (33,3% пациентов временно переставали работать). Выявляемая особенность может косвенно свидетельствовать о возможной хронификации изначально манифестирующих как невротические депрессий на отдаленных этапах течения [76,123].

Данную подгруппу составляют пациенты, имеющие в преморбиде патохарактерологические особенности, присущие лицам неаффективного кластера (тревожные истерики [168] – 53,3%, лица с зависимым РЛ (DSM-5) – 46,7%). При этом предрасположенность к возникновению депрессивных состояний на фоне негативных событий (интерперсонального характера) обуславливает наличие среди облигатных характерологических особенностей черт зависимости [73,169].

Клинические характеристики и особенности динамики невротических депрессий, формирующихся в клиническом пространстве аффективной патологии, проиллюстрированы в следующем клиническом примере.

#### **Пациентка К. И. А., на момент первичного обращения 37 лет**

Наследственность психопатологически отягощена по линии отца

Бабка: работала воспитателем в детском саду. Была ответственной, пунктуальной, любила порядок в вещах и делах. На фоне прогрессирующей глаукомы в возрасте 48 лет перенесла тревожно-депрессивное состояние, отмечались нарушения сна и аппетита. Опасалась перспективы ослепнуть, высказывала идеи собственной малоценности, беспомощности, меньше выходила из дома, значительно похудела. Обращалась к психиатру, однако

психофармакотерапию принимала не систематически. В 49 лет перенесла операцию. Несмотря на успешный исход оперативного вмешательства, депрессивное состояние сохранялось на протяжении 2 лет. Умерла в 72 года от осложнений сахарного диабета.

#### Линия матери

Бабушка: по характеру тревожная, заботливая. Работала поваром. Умерла в возрасте 68 лет от соматического заболевания.

Дед: строгий, категоричный, требовательный к себе и окружающим. Был партийным деятелем. Умер в преклонном возрасте от сердечно-сосудистой патологии.

Мать (60 лет): активная, деятельная, хозяйственная. Окончила техникум, работала на малоквалифицированных должностях.

Отец: по характеру мягкий, ведомый, безынициативный. Работал мастером на заводе. Страдал язвенной болезнью желудка, умер в 45 лет от желудочно-кишечного кровотечения.

Брат (45 лет): пробиной, трудолюбивый. Образование высшее, заместитель директора нефтеперерабатывающего предприятия. Женат, от брака двое детей.

Дочь (15 лет): капризная, вспыльчивая, упрямая. Ученица 9 класса школы.

**Пациентка** родилась от второй нормально протекавшей беременности в срок. Раннее развитие без особенностей. Детские инфекции перенесла без осложнений.

Росла тихой, покладистой. Будучи стеснительной и робкой, в коллективах сверстников адаптировалась не сразу, предпочитала находиться на вторых ролях, отказывалась от участия в шумных играх. Считалась «домашним ребенком».

Отличалась тревожностью, пугливостью: после просмотра фильмов ужасов возникал страх темноты, приходила ночью к матери. Также боялась высоты, собак.

Росла впечатлительной: плакала над фильмами или книгами с грустным сюжетом, избегала просмотра передач о катастрофах, военных действиях.

В раннем возрасте часто болела (ангины, отиты, гастрит). Неоднократно госпитализировалась в стационар с осложнениями простудных заболеваний. Периоды реконвалесценции протекали с субфебрилитетом, астеническими проявлениями. Тяжело переносила духоту, поездки в общественном транспорте (отмечались укачивания, вплоть до рвоты).

Детский сад в связи с болезненностью не посещала, воспитывалась на дому матерью, к которой была крайне привязана. Считала мать единственным авторитетом: делилась сокровенным, никогда не перечила. В угоду матери могла поступиться собственными желаниями. При длительной разлуке плакала, опасалась, что с матерью может что-то случиться, засыпала с ее фотографией под подушкой.

В школу пошла с 7 лет. В коллективе адаптировалась с трудом. В это время участились простудные заболевания, отмечались «беспричинные», не сопровождавшиеся катаральными явлениями, подъемы температуры до субфебрильных цифр. Освоилась только через пару месяцев. Общалась в основном с одной близкой подругой, предпочитала держаться в ее тени. Училась хорошо, лучше успевала по гуманитарным предметам. К выполнению домашних заданий всегда подходила ответственно. При ответах у доски волновалась: возникало чувство внутренней напряженности, сопровождавшееся похолоданием рук, учащением сердцебиения, опасалась допустить ошибку на глазах у всего класса. Накануне контрольных и экзаменов нарушался сон, непосредственно в день экзамена беспокоили боли в животе, тошнота.

После окончания школы (17 лет) за компанию с одноклассницей поступила в педагогический университет.

Окончив вуз, работала преподавателем младших классов. С работой справлялась в полном объеме. В коллективе учителей поддерживала ровные отношения. Безотказная, подменяла заболевших преподавателей. Будучи тревожной, избегала участия в школьной самодеятельности. Оставалась ответственной, добросовестной. Неуверенная в себе, перед проведением родительских собраний подолгу готовилась, репетировала выступление.



Менструации с 13 лет, регулярные, болезненные. В первые дни менструального цикла беспокоило онемение и слабость в ногах, дважды на пике более отмечались головокружения, рвота.

В подростковом возрасте испытывала нестойкие идеи недовольства собственной внешностью: считала себя полной, черты лица недостаточно красивыми.

Интерес к противоположному полу с 15 лет. В проявлении собственных чувств была сдержанной, за объектом влюбленности предпочитала наблюдать со стороны, ждала инициативы от избранника.

Замуж вышла в 20 лет. В мужчине привлекла уверенность в себе, проявление заботы. Отношения с супругом складывались ровно. В семье была на вторых ролях, делегировав мужу решение финансовых вопросов. Не имея собственных увлечений, все свободное время хлопотала по хозяйству, всячески стремилась угодить супругу.

Впервые психическое неблагополучие в 21 год на фоне скоропостижной смерти отца. Реальность произошедшего осознала сразу. Резко снизилось настроение с подавленностью, тоскливыми мыслями по усопшему. Была плаксива. Вина себя, считала, что уделяла недостаточно внимания отцу, не отправила вовремя на обследования, мысленно моделировала альтернативные варианты развития событий. Нарушался сон по типу поверхностного с кошмарными сновидениями. Снижался аппетит, однако в весе значительно не теряла. Суточного ритма в состоянии не определялось. Несмотря на психическое неблагополучие, продолжала работать. Депрессивное состояние обошлось самостоятельно через полгода на фоне известий о наступившей беременности. На протяжении последующих 5 лет продолжала видеть усопшего во снах.

Роды в 22 года. Беременность протекала физиологически, изменениями настроения не сопровождалась. Роды самостоятельные, срочные. Снижения настроения в послеродовом периоде не отмечалось. Чувства к ребенку возникли сразу. Была крайне тревожной, гиперопекающей матерью. При малейших признаках заболевания у ребенка, обращалась в поликлинику, занималась

всесторонним обследованием дочери, аккуратно выполняла назначения врачей. Следила за соблюдением дочерью распорядка дня, водила ее в музыкальную школу, на секцию танцев, всячески баловала, шла на уступки.

После выхода из отпуска по уходу за ребенком (25 лет) вернулась на прежнее место работы. С обязанностями справлялась в полном объеме. Как и прежде, все свободное время проводила в кругу семьи.

Психическое неблагополучие в 36 лет на фоне известий об онкологическом заболевании супруга, необходимости оперативного вмешательства и проведения курса химиотерапии. «Прокручивала» в голове мысли о возможной смерти мужа, опасалась остаться без его поддержки. Ранее не участвовавшая в ведении бюджета, не знала, за что взяться, не справлялась с распределением денег. После ухода супруга на больничный, в связи с нехваткой денежных средств обращалась к матери и брату, просила совета, финансовой помощи. Настроение снизилось. Нарушился сон с трудностями засыпания. Несколько снизился аппетит, однако в весе значимо не теряла. Суточного ритма не определялось.

На протяжении последующих 6 месяцев ухаживала за мужем в больнице. Психическое состояние оставалось прежним. Однако с рабочими и бытовыми обязанностями справлялась в полном объеме.

Выраженное ухудшение самочувствия в 37 лет, когда узнала о необходимости проведения повторной операции у супруга в связи с рецидивом опухолевого заболевания с последующим продолжением курса химиотерапии, лучевым лечением. Нарастала подавленность, тревога. Размышляла о возможной скорой смерти мужа, опасалась остаться одна без поддержки с несовершеннолетней дочерью. Непрестанно упрекала себя в несостоятельности, невозможности помочь тяжело больному супругу. На пике тревожных размышлений возникало чувство внутренней напряженности, состояние «взвинченности», что сопровождалось головными болями давящего характера, головокружениями, лабильностью артериального давления, тахикардией, потливостью. Из-за выраженной тревоги не могла сосредоточиться на привычных повседневных делах. Пребывала в растерянности, не знала, как

выйти из сложившейся ситуации. Вскоре появилась общая слабость, повышенная утомляемость, в связи с чем испытывала затруднения в выполнении домашних дел и работы. Теперь требовалось гораздо больше времени на подготовку к урокам, приготовление пищи, уборку квартиры. Вынуждена была делать частые перерывы, дабы восстановить силы. В связи с большей выраженностью астенической симптоматики утром, переносила все дела на вторую половину дня. Стала раздражительной. Избегала «лишнего» общения с коллегами, с трудом сдерживалась во время занятий с детьми. По-прежнему плохо спала. Еще больше снизился аппетит, похудела. Суицидальных мыслей, витального чувства тоски не возникало. Состояние оставалось практически неизменным на протяжении полугода, в связи с чем по совету друзей мужа обратилась за специализированной помощью. Непродолжительно принимала пароксетин (20 мг/сут), на фоне чего отмечала выраженную сонливость в течение дня, повышение аппетита с прибавкой в весе. В связи с чем через полторы недели приема самостоятельно отменила препарат.

С целью подбора терапии, неэффективностью амбулаторного лечения по настоянию родственников обратилась в психотерапевтическое отделение УКБ№3 Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), была проконсультирована и госпитализирована.

### **Психическое состояние**

На беседу проходит неуверенной походкой. Одеты аккуратно, со вкусом. Декоративной косметикой пользуется умеренно. Волосы окрашены, острижены, уложены. Во время беседы сидит в напряженной позе, постоянно меняет положение, жестикулирует умеренно, периодически перебирает складки на одежде. Выражение лица грустное, однако мимика живая, соответствует теме беседы. При обсуждении субъективно неприятных тем на глаза наворачиваются слезы. Визуальный контакт поддерживает. Голос тихий, маломодулированный. На вопросы отвечает немногословно, но по существу.

Себя характеризует как человека тревожного, впечатлительного, неконфликтного, нерешительного. Важные жизненные события, требующие

самостоятельных решений, всегда сопровождалась выраженной тревогой, растерянностью, в связи с чем руководствуется мнением родных и близких. Так, с детства советовалась с матерью, впоследствии переложила решение всех бытовых вопросов на мужа.

Неблагополучие связывает с длительно существующей (в течение года) психотравмирующей ситуацией: рецидивирующее онкологическое заболевание у супруга с необходимостью проведения повторной операции, длительной химиотерапии, лучевого лечения.

На протяжении дня беспрестанно прокручивает мысли о болезни мужа, опасается его скорой смерти. Считает себя неспособной разрешить «навалившиеся» проблемы: не знает, как справляться самостоятельно с бытовыми и финансовыми трудностями, помочь в лечении супруга. Неотвязно размышляет о собственной никчемности, бесхарактерности, зависимости от родных. Пребывает в растерянности, ожидая поддержки со стороны родственников.

Настроение снижено с подавленностью, слезливостью. На первом плане тревога в виде внутреннего напряжения, ощущения жжения в за грудиной проекции, двигательного беспокойства с невозможностью усидеть на месте.

Испытывает быструю утомляемость, общую слабость, наиболее выраженную в утреннее время. Даже после незначительной физической или психоэмоциональной нагрузки нуждается в отдыхе, старается распределить все важные дела на вторую половину дня, когда «немного раскачивается».

Отмечаются трудности в сосредоточении, рассеянность. Из-за наплывов тревожных мыслей не может собраться, сконцентрироваться на решении проблемы.

На пике психоэмоционального напряжения возникают головные боли сдавливающего характера по типу «обруча» или «каска», головокружения с неустойчивостью, чувство дурноты, ощущение учащенного сердцебиения, повышенная потливость рук и ног.

Аппетит достаточен. Сон нарушенный, с трудностями засыпания из-за наплывов тревожных мыслей.

Состояние с ухудшением в утренние часы в связи с большей выраженностью тревоги и астенической симптоматики.

Суицидальные мысли отрицает.

### **Психометрическое обследование (на момент первичного осмотра)**

HAM-D – 18 баллов;

MFI-20 – 65 баллов;

SANS:

- подшкала «апатия-абулия» – 0,8 балла,
- подшкала «ангедония-асоциальность» – 0,6 балла;

PANSS:

- пункт «волевые нарушения» – 2 балла,
- пункт «пассивная/апатическая социальная самоизоляция» – 1 балл,
- пункт «снижение коммуникабельности» – 1 балл.

### **Патопсихологическое обследование (на момент первичного осмотра)**

В ходе проведенного исследования выявлены следующие особенности протекания психических процессов:

1) Психомоторный темп исполнения заданий достаточный (корректирную пробу выполняет за 7 мин., норма – до 8 мин.)

2) Объем внимания также достаточный (6 простых объектов, при норме в 5-7). Продуктивность избирательности внимания в границах нормы (23 слова в пробе Мюнстерберга, при норме от 21 слова). Показатели концентрации внимания ослаблены с незначительной утомляемостью (11 ошибок в корректирной пробе, при норме до 10).

3) Объем памяти нормативный (6 простых объектов, при норме в 5-7). Продуктивность кратковременной (кривая по Лурия – 7-7-8-7-8-9, при норме в 9-10 слов) и долговременной памяти значимых нарушений не выявляет. При исследовании процессов опосредованного запоминания испытуемая дает незначительное количество ошибочных ответов (верно воспроизводит 60%

предъявленных стимулов). Рисунки, как правило, конкретного, но иногда знаково-символического характера, эмоционально насыщены. Отмечается незначительное снижение числа адекватных образов. Таким образом, диагностируется некоторое снижение процессов опосредованного звена произвольного запоминания.

4) Динамика мыслительных процессов соответствует низкой норме (23 слова в методике исследования быстроты мышления).

При выполнении методик допускает незначительное количество ошибок, увеличивающихся к концу исследования. Ошибки исправляет при подсказке экспериментатора. Скорость и темп ассоциативного процесса замедленный. Истощаемость проявляется в изменении темпа выполнения заданий и приводит к временному изменению качества психической деятельности. Мотивационный и личностный компоненты мышления сохранены. Искажений мышления не наблюдается.

По результатам обследования протекания психических процессов можно сделать заключение о наличии у них характеристик, присущих депрессивному патопсихологическому симптомокомплексу с пониженной продуктивностью, быстрой истощаемостью, замедлением темпа ассоциаций, снижения устойчивости внимания.

В личностном профиле у пациентки выявляется повышенная тревожность, конформность, стремление к избеганию конфликтов и дистанцированию от проблем, социальная подчиняемость, неуверенность в себе (что находит отражение в показателях ОЧХ-В с выраженной акцентуацией по шкалам тревожности, эмотивности, дистимности и повышением показателей в шкале «интерперсональная тревожность» в опроснике SCL-90 – 2,0 балла). Также определяется склонность к невротическим реакциям со значениями шкалы «соматизация» SCL-90 – 2,3 балла.

Проведенное психологическое обследование выявляет незрелость эмоционально-волевой сферы личности, что находит свое отражение на поведенческом уровне (несамостоятельность, зависимость от оценок

окружающих, особенно близкого круга общения), что сопровождается снижением фрустрационной толерантности, тенденцией к длительным тревожно-депрессивным переживаниям невротического генеза.

**Соматический статус:** Жалобы на учащенное сердцебиение, периодические снижения артериального давления, головные боли, головокружения. При нарушении диеты отмечает отрыжку, изжогу, горечь во рту.

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8<sup>0</sup>С. Кожные покровы бледные, влажные. Определяется гипергидроз ладоней и стоп. Периферические лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=94 уд. в мин., шумов не выслушивается, АД 100/65 мм.рт.ст.. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД=18 в мин., хрипов нет. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. При пальпации живот мягкий. Выявляются положительные симптомы Кера, Ортнера, Мерфи. Печень по краю реберной дуги. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления без особенностей.

**Неврологический статус:** При осмотре жалобы на головные боли по типу «каска», головокружения несистемного характера с неустойчивостью при ходьбе, лабильность артериального давления с тенденцией к гипотонии.

Обоняние сохранено. Зрение в норме. Поля зрения не изменены. Лицо симметричное. Глазные щели симметричные. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранна. Чувствительность на лице не изменена. Язык по средней линии, глотание не нарушено. Мышечный тонус в норме, D=S. Парезов и параличей не определяется. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет. Менингеальные знаки отрицательные. Коленные, ахилловы сухожильные рефлексы оживлены.

Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Отмечается гипергидроз ладоней, стоп. Определяется белый дермографизм. При

выполнении ортостатической пробы изменение ритма сердца с увеличением на 22 удара в минуту, что сопровождается изменением показателей АД с его снижением до 90/70 мм.рт.ст. (при первоначальном АД 105/65 мм.рт.ст.) При пальпаторном обследовании определяется напряжение перикраниальных мышечных групп.

*Заключение невролога:* Знаков очагового поражения головного мозга не выявлено. Вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу. Головные боли напряжения.

### **Данные лабораторных и инструментальных обследований:**

*Общий анализ крови:* гемоглобин – 131 г/л, эритроциты –  $4,51 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты –  $245 \times 10^9$ /л; лейкоциты –  $8,7 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 65%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 30%, базофилы – 0%, моноциты – 3%, СОЭ – 15 мм/ч.

*Биохимический анализ крови:* общий белок – 78,2 г/л; глюкоза – 4,9 ммоль/л; холестерин – 5,3 ммоль/л; билирубин общий – 14,6 мкмоль/л; АСТ – 15 Ед/л; АЛТ – 18 Ед/л; креатинин – 69,0 мкмоль/л.

*Общий анализ мочи:* относительная плотность – 1015; реакция – 5,5; сахар, белок, кетоновые тела – отсутствуют; эпителий плоский – небольшое количество; лейкоциты – 1-2 в п/зр; эритроциты, цилиндры, бактерии – отсутствуют; слизь – незначительное количество.

*ЭКГ:* Синусовая тахикардия, ЧСС=96 уд. в мин. Вертикальное положение ЭОС.

*Заключение терапевта:* Хронический холецистит. Вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу.

### **Стационарное лечение:**

Во время нахождения в клинике получала парентеральную терапию: бромдигидрохлорфенилбензодиазепин в/в капельно до 0,5 мг (№14).

Таблетированная терапия: в связи с ранее выявленными побочными эффектами на фоне приема пароксетина (седация, прибавка массы тела) назначен эсциталопрам с постепенным повышением до 15 мг/сут.



Проведено 8 сеансов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ).

За 4 недели лечения в стационаре редуцировалась подавленность, уменьшилась выраженность тревоги как соматизированного характера, так и идеаторного содержания. Так, на фоне психофармакотерапии и проведения психотерапевтических сессий отметила появление «уверенности в своих силах», «взяла себя в руки», не беспокоила растерянность. «Переключилась» с размышлений о собственной никчемности и несостоятельности на поиск путей разрешения сложившейся ситуации, «осознала необходимость быть собранной, дабы поддержать мужа». Через 2,5 недели стационарного лечения начала ходить в домашние отпуска. Несмотря на то, что сохранялась быстрая утомляемость, занималась хозяйственными делами, ухаживала за супругом, ходила с ним и дочерью на прогулки. Улучшились когнитивные функции. Нормализовался сон.

После перенесенного эпизода по характеру не менялась.

Была выписана на поддерживающей терапии эсциталопрамом 10 мг/сут с рекомендациями амбулаторного наблюдения.

#### **Психометрическое обследование (на момент выписки)**

НАМ-D – 10 баллов;

MFI-20 – 42 балла;

SANS:

- подшкал «апатия-абулия» – 0,5 балла,
- подшкала «ангедония-асоциальность» - 0,4 балла;

PANSS:

- «волевые нарушения» – 1 балл,
- «пассивная/апатическая социальная самоизоляция» – 1 балл,
- «снижение коммуникабельности» – 1 балл.

#### **Катамнез (39 лет)**

После выписки из стационара полную редукцию болезненной симптоматики (эпизодически возникающей тревоги по поводу состояния супруга, астенических проявлений, нарушений когнитивных функций) отметила через месяц. Наблюдалась амбулаторно, посещала занятия КПТ.

Продолжала ухаживать за супругом, у которого к тому моменту после повторной операции, курса химиотерапии и лучевого лечения была диагностирована ремиссия.

В связи с выраженным улучшением состояния через 3 месяца после выписки самостоятельно отменила эсциталопрам.

На протяжении последующего года чувствовала себя удовлетворительно. С рабочими обязанностями справлялась в полном объеме.

В 39 лет – очередное ухудшение психического состояния. Без видимой внешней провокации снизилось настроение: преобладала тоска с идеями собственной малоценности, самоуничтожения, бесперспективности. Несмотря на длительную стойкую ремиссию у супруга, непрестанно думала о возможном скором ухудшении его состояния, крахе семейного счастья. Наряду с чем отмечала появление несвойственной ранее апатии, отсутствия удовольствия от прежде радовавших видов деятельности. Наросла выраженная общая слабость, быстрая утомляемость. Беспокоила рассеянность, ощущение замедленности течения мыслей, трудности сосредоточения. Нарушились сон и аппетит. В состоянии определялся суточный ритм с ухудшением в первой половине дня.

В связи с чем с трудом справлялась с рабочими и домашними обязанностями.

Вновь была госпитализирована в психотерапевтическое отделение УКБ№3 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

### **Психический статус (на момент катamnестического обследования)**

На беседу проходит медленной походкой, движения вялые, неторопливые. Одет непритязательно, но аккуратно. Волосы у корней не окрашены, забраны в хвост. Декоративной косметикой не пользуется. Сидит в однообразной позе, опустив голову, практически не жестикулирует. Выражение лица скорбное, при обсуждении собственного психического состояния начинает плакать. Визуальный контакт поддерживает непродолжительно. Голос тихий. Речь в замедленном темпе, на вопросы отвечает коротко, по существу.

Жалуется на сниженное настроение с преобладанием тоски в виде неотвязных мыслей о собственной никчемности, малоценности. Называет себя неудачницей, не способной самостоятельно справиться с житейскими трудностями. Считает, что все несчастья происходят из-за ее невнимательности к семье: мужу и дочери. Видит будущее в мрачных тонах, ожидая самого худшего, представляет себе безнадежные перспективы: возможный рецидив онкологического заболевания у супруга, вероятность его скорой смерти.

Беспокоит апатия с безразличием к привычным видам деятельности, ни от чего не получает удовольствия. В связи с чем не смотрит ранее любимые телесериалы, перестала ходить по магазинам, меньше времени уделяет уходу за собой.

Отмечается общая слабость, вялость, повышенная утомляемость. С трудом справляется с рабочими и домашними делами. Большую часть времени проводит дома.

Испытывает рассеянность, трудности в сосредоточении и концентрации внимания, что сопровождается чувством замедленности течения мыслей.

Аппетит резко снижен, за 2 месяца похудела на 5 кг. Сон с трудностями засыпания и ранними пробуждениями.

Состояние с суточным ритмом с ухудшением в утренние часы: залеживается в постели, отмечает усиление выраженности апатии, общей слабости, чувства разбитости, сонливости.

Суицидальные мысли отрицает.

#### **Психометрическое обследование (на момент катамнеза)**

HAM-D – 23 балла;

MFI-20 – 76 баллов;

SANS:

- подшкала «апатия-абулия» – 1,0 балла,
- подшкала «ангедония-асоциальность» – 0,8 балла;

PANSS:

- подшкала «волевые нарушения» – 2 балла,

- подшкала «пассивная социальная изоляция» – 2 балла,
- подшкала «снижение коммуникабельности» – 2 балла.

### **Патопсихологическое обследование (на момент катамнеза)**

По результатам патопсихологического исследования (при сравнении с данными первичного обследования) выявлены следующие особенности протекания психических процессов:

1) Психомоторный темп исполнения заданий на границе низкой нормы (корректирную пробу выполняет за 7 мин. 50 сек., норма – до 8 мин.)

2) Определяется сохранение достаточного объема внимания со значениями на нижней границе нормы (5 простых объектов, при норме в 5-7). Продуктивность избирательности внимания также остается в границах нормы (22 слова в пробе Мюнстерберга, при норме от 21 слова). Показатели концентрации внимания снижены, утомляется ближе к концу выполнения проб (15 ошибок в корректирной пробе, при норме до 10).

3) Объем памяти остается нормативным (6 простых объектов, при норме в 5-7). Кратковременная слухоречевая память в пределах низкой нормы (кривая по Лурия – 6-7-8-9-7-8) и характеризуется неустойчивостью динамического компонента, а также некоторой тревожностью (многократное повторение слов); отсроченное воспроизведение в норме (9 слов). Сохраняется снижение процессов опосредованного звена произвольного запоминания.

4) Динамика мыслительных процессов на границе низкой нормы (21 слово в методике исследования быстроты мышления).

При выполнении методик, как и при первичном обследовании, допускает незначительное количество ошибок, которое увеличивается к концу исследования. Мотивационный компонент не нарушен (пациентка критична к собственным результатам, ошибки исправляет при подсказке экспериментатора, аккуратно соблюдает общие инструкции проведения проб). Скорость и темп ассоциативного процесса замедленный, отмечаются некоторые трудности вербализации при назывании групп обобщённым понятием в методике классификации. Выявляются единичные искажения мышления (на понятие

«болезнь» пациентка изображает паука, объясняя это приметой: «увидеть паука – к болезни»). Субъективно пациентка высказывает жалобы на трудности сосредоточения, медленное течение мыслей.

По результатам патопсихологического обследования протекания психических процессов (на момент первичного осмотра и катамнеза) можно установить наличие у них характеристик (сниженная продуктивность и быстрая истощаемость, замедление темпа ассоциаций, негрубое искажение уровня обобщения, снижение устойчивости внимания, сохранность критичности), присущих депрессивному патопсихологическому симптомокомплексу.

Личностный профиль пациентки характеризуется сохранением преморбидных особенностей с акцентуацией по конформно-зависимому типу, что подтверждается отсутствием значимых различий в показателях шкал личностных опросников при их сравнении с результатами на момент первичного осмотра.

#### **Стационарное лечение (повторная госпитализация)**

Во время нахождения в стационаре получала терапию в составе: кломипрамин до 25 мг в/в кап + бромдигидрохлорфенилбензодиазепин до 0,5 мг в/в капельно (№15);

В связи высокой эффективностью и хорошей переносимостью в качестве таблетированной терапии назначен эсциталопрам до 20 мг/сут в сочетании с анксиолитическим препаратом – этифоксин до 100 мг/сут.

Стационарное лечение на протяжении 5 недель с положительным эффектом: редуцировались аффективные расстройства, уменьшилась выраженность астено-апатической симптоматики, улучшились когнитивные функции, нормализовались сон и аппетит. Была выписана с рекомендациями поддерживающей терапии эсциталопрамом 20 мг/сут.

Вернулась к работе, домашним делам. Несмотря на то, что со всеми обязанностями справлялась, полную редукцию апатии в виде эпизодически возникающего снижения интересов, астенических проявлений с быстрой

психической и физической истощаемостью отметила только через 3 месяца после выписки и систематического приема тимоаналептической терапии.

По характеру после перенесенного эпизода не менялась.

### **Клинический разбор**

На момент катamnестического обследования состояние пациентки определяется тоскливо-апатической депрессией с явлениями гипостенической астении, нарушениями витальных функций.

В структуре повторной депрессивной фазы, приведшей к очередной госпитализации (39 лет), как и у всех пациентов данной группы, выявляются эндоморфные расстройства: тоска идеаторного содержания (выступающие на первый план в структуре денотата идеи собственной малоценности, бесперспективности), патологический циркадианный ритм (обусловленный усилением выраженности астено-апатических проявлений), нарушения сна и аппетита. Тяжесть депрессивной симптоматики отражается в достаточно высоких показателях HAM-D – 23 балла.

При этом аффективные расстройства в данной депрессивной фазе (39 лет) обладают чертами атипичности: тимический компонент в их структуре (наряду с тоской идеаторного содержания) представлен явлениями негативной аффективности с апатией в виде безразличия к окружающему, ангедонией [131]. Стоит отметить, что клинические характеристики находят отражение в показателях психометрических шкал, указывающих на слабую выраженность симптомов [144,200]: SANS «апатия-абулия» - 1,0 балла, «ангедония-асоциальность» - 0,8 балла; значения пунктов PANSS «пассивная/апатическая социальная самоизоляция» - 2 балла, «волевые нарушения» - 2 балла, «снижение коммуникабельности» - 2 балла.

Астеническая симптоматика, определяемая на момент катamnестического обследования, имеет вид гипостенической с замедлением физических и психических актов, чувством непреходящей усталости (с показателями шкалы MFI-20 – 76 баллов).

Возникновение повторного депрессивного эпизода (в отличие от предыдущих) – аутохтонное (при благоприятном разрешении психотравмирующей ситуации). Так, выявляемые показатели опросника Холмса-Рея (113 баллов) не достаточны для психогенного обоснования манифестации депрессии.

При этом состояние пациентки на протяжении первого эпизода (36-37 лет) определяется тревожной депрессией, клиническая картина которой соответствует характеристикам депрессивного невроза (показатели НАМ-D средней степени – 18 баллов). Ведущее место в структуре первого аффективного эпизода занимает персистирующий тревожно-фобический комплекс с сепарационной тревогой [164], опосредованный констелляцией конституциональных особенностей пациентки с затяжной травмирующей ситуацией (длительная болезнь супруга). Депрессивный аффект перекрывается с астено-невротическими проявлениями (MFI-20 – 65 баллов).

Таким образом, как свидетельствуют результаты динамического наблюдения, у всех пациентов данной подгруппы в процессе психогенеза заболевания помимо трансформации собственно аффективной симптоматики с ее утяжелением, нарастанием эндоформных расстройств, тревожно-фобический денотативный комплекс также претерпевает изменения, теряет прежнюю актуальность и более не является ведущим в клинической картине депрессии.

Стоит подчеркнуть, что еще на момент первичного осмотра в структуре невротической депрессии, как и у всех пациентов данной группы, определяются маркеры, указывающие на принадлежность депрессивного эпизода к клиническому пространству аффективной патологии. Таковыми в конкретном клиническом примере являются патологический суточный ритм, нарушения сна. Также следует отметить, что в анамнезе пациентки определяется аффективная фаза по типу реакции утраты (смерть отца), обошедшаяся самостоятельно. При этом выявление признаков реактивной лабильности является предиктивным в отношении манифестации аффективных фаз в последующем [58].

В межфазные промежутки, как и в большинстве случаев данной группы (54,2%) происходит формирование синдромальных ремиссий с отсутствием клинически определяемых депрессивных проявлений, негативных изменений личности [188,189]. Стоит отметить, что при обследовании через 12 недель терапии происходит значимая ( $p<0,01$ ) редукция депрессивной симптоматики (по сравнению с первичным осмотром), при этом показатели HAM-D (5 баллов) не выявляют признаков депрессии (см. главу 5). Наряду с чем отмечается выраженное снижение интенсивности астенической симптоматики ( $p<0,01$ ) – со значениями MFI-20 – 23 балла. Данные обстоятельства обуславливают сохранность социально-трудовой адаптации.

Преморбидные черты пациентки соответствуют характерологическим особенностям, присущим личностям тревожного кластера. При этом, как и в случаях невротических депрессий с явлениями виктимизации со страхом сепарации, определяются облигатные психастенические черты с несамостоятельностью, зависимостью от мнения родственников. С раннего возраста для пациентки характерно реагирование на ситуации расставания со значимыми другими сепарационной тревогой [8,163].

Обращает на себя внимание наличие в роду стигматизации в плане аффективной лабильности. Так, у бабушки пациентки в среднем возрасте отмечается возникновение нозогенной (развившейся на фоне известия о глаукоме), эндогенизированной затяжной депрессивной фазы. При этом, выявляемое наличие аффективных заболеваний у родственников пациентов с невротическими депрессиями не совпадает с имеющимися в литературе данными об отсутствии семейной отягощенности аффективной патологией у пациентов с депрессивным неврозом [116] и свидетельствует о принадлежности определенной группы НД к клиническому пространству аффективной патологии.

Диагноз в рассматриваемом наблюдении формулируется как «Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени с соматическими симптомами», F33.11 (МКБ-10).



С целью подтверждения нозологической принадлежности данного наблюдения к патологии аффективного круга, необходимо подчеркнуть следующие основные клинические характеристики заболевания. Динамика с повторной манифестацией депрессивных фаз, тенденция к эндогенизации последующего депрессивного эпизода (редуцирование денотативного комплекса, присоединение тоски идеаторного содержания, патологический циркадианный ритм, нарушение витальных функций), аутохтонной манифестации (развитие депрессии, несмотря на разрешение психотравмирующей ситуации). Депрессивные эпизоды разделены ремиссией, характеризующейся значительной редукцией психопатологической симптоматики. При этом, как и во всех случаях в данной группе, отсутствуют изменения личности – не определяется амплификации свойственных конституционально психастенических черт, а также сохраняется прежний уровень социальной адаптации и работоспособности.

**Подгруппа с НД, реализующимися в рамках аффективной патологии, протекающей по типу дистимии,** включает 9 пациентов (все женщины), средний возраст  $33,2 \pm 8,7$  лет.

Среди наиболее важных клинических особенностей, выявляемых по данным катamnестического наблюдения и определяющих отличие от первой подгруппы пациентов с невротическими депрессиями, формирующимися в клиническом пространстве аффективной патологии, – амальгамирование аффективных и личностных расстройств. Так, симптомы депрессии в виде раздражительности, дисфоричности, пессимистичности начинают восприниматься пациентами в качестве приобретенной черты характера («характерологическая депрессия» / «характерологическая дистимия» – «characterological depression»<sup>43</sup> [28,78,123]). При этом выраженность

---

<sup>43</sup> На сходство невротических депрессий данной подгруппы как с характерологическими, так и с атипичными аффективными состояниями указывает ряд особенностей клинической картины: хроническая депрессия легкой степени, более молодой возраст начала, превалирование лиц женского пола, повышенная чувствительность к межличностным

аффективных расстройств соответствует показателям HAM-D преимущественно легкой степени –  $12,3 \pm 2,1$  балла.

По мере течения заболевания содержательные комплексы, лежащие в основе всех депрессивных состояний и определяемые еще на момент первичного осмотра (сверхценный), по прошествии периода катамнестического наблюдения также претерпевают изменения. На первый план выходит общая пессимистическая настроенность с негативной оценкой настоящего, сосредоточенность на печальных сторонах жизни [79]. Пациенты беспокоятся за собственное будущее, которое представляется им в мрачных тонах, опасаются лишиться поддержки/остаться в одиночестве.

Таким образом, происходит амплификация вследствие перенесенной депрессии конституциональных дименсий (раздражительность, требовательность, манипулятивность и пр.) [58].

Наряду с перечисленными клиническими особенностями выявляются разнообразные соматизированные, органоневротические, конверсионные феномены, а также жалобы на быструю психическую утомляемость (при этом, средний балл MFI-20 не превышает показателей легкой степени –  $34,8 \pm 7,9$  баллов), замедленность когнитивных процессов.

В состоянии определяется правильный суточный ритм, нарушения сна и аппетита.

В преморбиде пациентов данной подгруппы отмечаются иные по сравнению с первой подгруппой личностные особенности комплексной структуры с ведущей истерической дименсией (истеро-паранойяльные – 66,7%, гистрионное РЛ – 33,3%).

Особенности развития НД по типу характерологической дистимии иллюстрирует приводимое в сокращенном виде клиническое наблюдение.

---

неурядицам, лабильность настроения, которую трудно отличить от характерологической патологии (неустойчивого, истерического РЛ) [177].

**Пациентка Н.Т.Ю., на момент первичного осмотра 36 лет**

Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Пациентка родилась в срок от нормально протекавшей беременности. В развитии от сверстников не отставала.

С детства и на протяжении всей жизни была активной, подвижной, целеустремленной. Без труда адаптировалась в новых коллективах, занимала лидерские позиции среди сверстников, любила нахождение в центре внимания.

Однако полностью откровенной ни с кем не была, отличалась подозрительностью по отношению к новым знакомым. Прямолинейная, без стеснения высказывала и отстаивала свою позицию, слыла правдолюбкой, стремилась во всем добиваться справедливости.

Была стенична в достижении поставленных целей, при этом, дабы получить желаемое, нередко прибегала к манипуляциям. Среди родственников слыла «артисткой».

Отличалась крепким здоровьем, респираторные заболевания переносила редко.

В ДДУ ходила с 3 лет, посещением его не тяготилась. Быстро обзавелась кругом приятелей. Не упускала возможности выделиться на фоне других детей, получить похвалу: принимала участие в детских утренниках, где пела, танцевала, читала стихи.

В школу пошла с 6 лет. Адаптировалась быстро. Организовала вокруг себя «близкий круг общения». Училась на «хорошо» и «отлично», лучше всего успевала по точным предметам. Так как обладала достаточно хорошей памятью и большую часть информации схватывала налету, в выполнении домашних заданий особой скрупулезности не проявляла. Участвовала в школьной самодеятельности, вызвалась быть комсоргом. В разное время брала уроки игры на аккордеоне, гитаре, занималась в хоровом кружке, секции бальных танцев, однако ничем не увлекалась надолго.

После окончания школы, не имея особых предпочтений, поступила по примеру знакомых в Российский технологический университет на факультет

«радиотехники». Первое время училась без интереса, большую часть времени проводила в компании приятелей, с которыми гуляла, ходила в кино, торговые центры. Однако вскоре, подтянувшись, вновь получала в основном «4» и «5». В коллективе, как и ранее, особо близко ни с кем не сходилась, поддерживала ровные отношения.

После окончания вуза на протяжении полугода по распределению работала в научно-исследовательский институт космического приборостроения. В 24 года с целью большего заработка по знакомству устроилась продавцом в коммерческий комиссионный магазин, где проработала несколько лет. К выполнению работы всегда подходила ответственно, нареканий у начальства не вызывала. После закрытия фирмы в 31 год организовала собственный бизнес по пошиву и продаже одежды. Никому не доверяя ведение дел, самостоятельно ездила на текстильные заводы, заключала договоры о поставках, занималась рекламой, нанимала помощников для организации продажи в нескольких точках. Тщательно контролировала все этапы пошива, сверяла лекала, документацию, чеки. При выявлении недочетов устраивала скандалы, штрафовала провинившихся.

Mensis с 12 лет, не регулярные, болезненные (по поводу чего принимала нестероидные противовоспалительные препараты не всегда с эффектом). Несколько раз на пике болей отмечались обморочные состояния, что сопровождалось потемнением в глазах, оседанием на пол, физических повреждений не получала. В первые дни менструального цикла становилась раздражительной, плаксивой.

Интерес к противоположному полу с 14 лет. Начала пользоваться декоративной косметикой, любила наряжаться, делать красивые прически. Ходила на дискотеки, где знакомилась с многочисленными поклонниками. В отношениях была капризной, манипулировала избранниками. В юношах привлекала приятная внешность, при этом не вдавалась в особенности характера. Однако вплоть до 25 лет выраженных влюбленностей не испытывала.

В 25 лет первая отчетливая влюбленность в избранника, с которым была знакома задолго до этого и длительно поддерживала приятельское общение. Тогда, случайно увидев имя молодого человека в одном из журналов, неожиданно для себя отметила чувство влюбленности, беспрестанно думала об избраннике. Считала произошедшее «знаком свыше», полагала, что должна добиться внимания возлюбленного во что бы то ни стало. Звонила избраннику, писала стихи, приглашала на прогулки.

Инициировав отношения, идеализировала молодого человека, наделяла того не присущими ему чертами, фантазировала о совместном будущем. Предложила проживать вместе, через год оформили брак. Всячески старалась угодить супругу: много и вкусно готовила, содержала дом в чистоте и порядке. Считала отношения идеальными, при этом не обращала внимания на периодическое долгое отсутствие мужа, его задержки на работе.

Впервые психическое неблагополучие в 29 лет, когда заподозрила супруга в неверности на фоне его очередного позднего возвращения домой. Устроила мужу истерику: рыдала, била посуду, требовала признать факт измены. Узнав о наличии у супруга любовницы, отметила снижение настроения с подавленностью, плаксивостью, раздражительностью. «Прокручивала» мысли о несостоятельности брака, скандалила с мужем, однако на развод подавать не решалась. Беспокоили перебои в работе сердца, чувство нехватки воздуха, ком в горле. Жаловалась супругу на выраженную слабость, быструю утомляемость, хотя, как и прежде, справлялась со всеми обязанностями. Сон и аппетит значимо не нарушались. Состояние оставалось неизменным на протяжении нескольких месяцев, обошлось после примирения с мужем. По характеру после перенесенного депрессивного эпизода не менялась.

На протяжении последующих 5 лет чувствовала себя удовлетворительно. Приняла решение о необходимости рождения ребенка, проходила многочисленные обследования в связи с длительно не наступавшей беременностью, занималась проведением экстракорпорального оплодотворения.

Очередное психическое неблагополучие в 34 года, когда услышала разговор интимного содержания мужа с любовницей. В течение 2 часов после чего пребывала, со слов пациентки, в состоянии истерики с рыданиями, тремором в теле, чувством перебоев в работе сердца и нехватки воздуха. Вновь снизилось настроение с клишированной симптоматикой. Постоянно размышляла о несостоятельности брака, несовпадении ее мечтаний об идеальном избраннике и действительности. При этом опасалась возможности предстоящего разрыва: после очередного скандала умоляла супруга не подавать на развод. На пике неблагополучия возникали головокружения с шаткостью походки, «ватностью» в ногах, потемнением перед глазами. Отмечала наибольшее ухудшение состояния в утренние часы за счет нарастания подавленности, слезливости. Нарушились сон и аппетит.

При нахождении вне дома отмечала облегчение самочувствия, отвлекалась.

Однако, несмотря на то что депрессия обошлась через несколько месяцев (стал более ровным фон настроения, редуцировалась конверсионная симптоматика, нормализовались сон и аппетит), полностью здоровой себя не чувствовала. Периодически на фоне внутрисемейных неурядиц, измен супруга возникала подавленность, слезливость. «Прокручивала» мысли о возможном предстоящем разводе, о бедственности собственного положения, жалела себя. Отмечала, что со временем становилась более мрачной, пессимистичной, раздражительной. Все чаще высказывала мужу свое недовольство по поводу отсутствия благодарности за ее старания.

При этом, дабы всеми способами сохранить брак, не оставляла попыток забеременеть: проходила обследования, курс гормональной терапии, лапароскопические операции.

Как и прежде, отвлекалась на работу, с которой справлялась в полной мере, на общение с матерью, прогулки, походы в тренажерный зал и по магазинам с подругой.

Выраженное ухудшение самочувствия в 36 лет после заявления супруга о нежелании заводить ребенка. Наросла подавленность. Была раздражительна. Размышляла о несостоятельности отношений, нескладывающейся семейной жизни, неспособности стать матерью. Представляла будущее в пессимистическом ключе: осознавая невозможность оформления развода, ухода от супруга в силу сохраняющейся любовной привязанности, «прокручивала» мысли о безвыходности положения, бедственности собственного состояния. Вина мужа в том, что тот «испортил ей всю жизнь», не способен оценить всех жертв, на которые она пошла. Как и прежде, жаловалась мужу на «нестерпимую усталость», слабость. Беспокоили перебои в работе сердца, чувство нехватки воздуха, ком в горле. Сон был нарушенным, вплоть до тотальной инсомнии. Снижился аппетит. Отмечался правильный суточный ритм в состоянии.

В связи с отчетливым неблагополучием по рекомендации знакомых обратилась в психотерапевтическое отделение УКБ№3 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, была госпитализирована.

### **Психическое состояние**

Выглядит на свой возраст. Внешне ухожена: волосы окрашены, уложены в прическу, умеренно пользуется декоративной косметикой, на руках аккуратный маникюр. Одета в деловом стиле, со вкусом. Сидит в напряженной позе, жестикулирует умеренно. Выражение лица грустное, во время разговора на субъективно неприятные темы плачет. Голос достаточной громкости, модулированный. На вопросы отвечает подробно, обстоятельно. Стремится произвести хорошее впечатление на врача, называя себя «несчастной», «жертвой» сложившихся обстоятельств.

Жалуется на сниженный фон настроения с преобладанием подавленности, раздражительности. Непрестанно размышляет о не сложившихся семейных отношениях, собственной несостоятельности в качестве матери. Видит будущее в мрачном ключе: размышляет о безвыходности ситуации, неспособности самостоятельно оформить развод, разорвать отношения с мужем, к которому испытывает «болезненную привязанность». Так, со слов пациентки, «терпит»

частые измены супруга, его задержки на работе. При этом не упускает случая, чтобы обвинить мужа в неблагодарности, эгоистичности, в том, что тот «испортил ей всю жизнь».

На пике конфликтов с супругом возникают разнообразные неприятные ощущения в теле: «ком» в горле, чувство нехватки воздуха, тахикардия, онемение рук по типу «перчаток».

В течение дня испытывает «нестерпимую» тяжесть» в теле и конечностях, выраженную усталость, утомляемость от «эмоциональных переживаний».

Аппетит снижен, испытывает отвращение ко вкусу пищи, тошноту, похудела на 6 кг за 3 месяца. Сон нарушен по типу поверхностного с трудностями засыпания, ранними утренними пробуждениями, эпизодически вплоть до тотальной инсомнии.

В состоянии определяются суточные колебания с наибольшей выраженностью подавленности, общей слабости, разбитости в первой половине дня.

Суицидальные мысли отрицает.

#### **Психометрическое обследование (на момент первичного осмотра)**

НАМ-D – 16 баллов;

МФИ-20 – 43 балла.

#### **Патопсихологическое обследование (на момент первичного осмотра)**

В ходе проведенного патопсихологического обследования выявлены следующие особенности протекания психических процессов пациентки:

Психомоторный темп исполнения заданий нормативный (корректирную пробу выполняет за 6,5 мин., норма – до 8 мин.)

Объем внимания в границах нормы (7 простых объектов, при норме в 5-7). Продуктивность избирательности внимания в границах нормы (23 слова в пробе Мюнстерберга, при норме от 21 слова). Устойчивость внимания снижена по типу утомляемости (12 ошибок в корректирной пробе, при норме до 10). Переключаемость и избирательность внимания достаточны.



В местнической сфере обнаруживается легкое ослабление продуктивности кратковременной (кривая по Лурия – 6-7-7-8-8, при норме в 9-10 слов) и долговременной памяти. Показатели опосредованной памяти достаточные.

Динамика мыслительных процессов соответствует низкой норме (21 слово в методике исследования быстроты мышления). Мыслительная деятельность осуществляется преимущественно на категориальном уровне обобщения и абстрагирования без логических затруднений, однако при этом отмечается склонность к кататимному (эмоциональному) подходу решения мыслительных задач. Категориальный строй и целенаправленность мышления сохранены.

В личностном профиле для испытуемой характерны демонстративность и капризность. Имеет место эгоцентрическая фиксация на собственных переживаниях, сопровождающаяся экстрапунитивной позицией по отношению к окружающим, драматизацией собственных переживаний и проблем, склонностью к жалобам, направленным на привлечение внимания к себе и собственному состоянию. Определяется акцентуация по шкалам демонстративности, возбудимости и застревания в ОЧХ-В, а также высокие показатели по шкале «враждебность» SCL-90 – 1,7 балла. Пациентке свойственна эмоциональная экзальтация с формированием сверхценных романтических привязанностей (акцентуация ОЧХ-В по шкале экзальтированности) в виде любовной аддикции,

Таким образом, патопсихологическое обследование выявляет наличие личностно-аномального патопсихологического симптомокомплекса. В актуальном состоянии отмечаются признаки депрессивного состояния у личности, склонной к демонстративности, импульсивным реакциям, эгоцентрической ориентировке и кататимному мышлению. Выраженность данных черт превышает уровень акцентуации характера и приводит к срывам адаптации в ситуации стресса.

**Соматический статус:** Жалобы на сниженный аппетит, периодически возникающую тяжесть в области эпигастрия, тошноту.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, сухие. Лимфатические узлы, щитовидная железа пальпаторно не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=ps=70 уд. в мин., шумов не выслушивается, АД 115/70 мм.рт.ст.. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД=16 в мин., хрипов нет. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, умеренно безболезненный при глубокой пальпации в области эпигастрия. Печень по краю реберной дуги. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

**Неврологический статус:** Лицо симметричное. Глазные щели симметричные. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранна. Язык по средней линии, глотание не нарушено. Мышечный тонус в норме, D=S. Парезов и параличей не определяется. В позе Ромберга устойчива. Координаторные пробы выполняет. Менингеальные знаки отрицательные. Глубокие рефлексы живые, D=S. Патологические знаки отсутствуют. Чувствительность сохранена.

*Заключение невролога:* знаков органического заболевания ЦНС не выявлено.

#### **Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

*Клинический анализ крови:* гемоглобин – 125 г/л, эритроциты –  $4,26 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты –  $290 \times 10^9$ /л; лейкоциты –  $7,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 68%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 27%, базофилы – 0%, моноциты – 3%, СОЭ – 10 мм/ч.

*Биохимический анализ крови:* общий белок – 70,4 г/л; глюкоза – 4,1 ммоль/л; холестерин – 6,0 ммоль/л; билирубин общий – 6,9 мкмоль/л; АСТ – 20,5 Ед/л; АЛТ – 18,3 Ед/л; креатинин – 71,1 мкмоль/л.

*Общий анализ мочи:* относительная плотность – 1010; реакция – 6,0; глюкоза, белок, ацетон – отсутствуют; эпителий плоский – ед в п/зр; лейкоциты – 1-2 в п/зр; эритроциты, цилиндры, бактерии – отсутствуют; слизь – нет.

*ЭКГ:* Синусовый ритм, ЧСС=66 уд в мин. Электрическая ось сердца расположена нормально.

*Заключение терапевта:* хронический гастрит.

### **Стационарное лечение:**

Во время нахождения в стационаре получала парентеральную терапию: бромдигидрохлорфенилбензодиазепин в/в капельно до 0,5 мг (№5); бромдигидрохлорфенилбензодиазепин в/в капельно до 0,5 мг + сульпирид в/в капельно до 50 мг (№9).

Таблетированная терапия: вортиоксетин до 10 мг/сут, этифоксин до 100 мг/сут.

В связи с недостаточной эффективностью терапии в отношении аффективных расстройств, нарушений сна проведена коррекция схемы лечения: вортиоксетин до 15 мг/сут, перициазин до 3 мг/сут.

Проведено 6 сеансов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ).

За время лечения в стационаре (4 недели) стал более ровным аффективный фон (меньше беспокоили подавленность, раздражительность, пессимистические мысли), редуцировалась конверсионная симптоматика, нормализовались сон и аппетит.

### **Психометрическое обследование (на момент выписки)**

НАМ-D – 8 баллов;

MFI-20 – 33 балла.

### **Катамнез (37 лет)**

После выписки из стационара терапию принимала систематически, наблюдалась амбулаторно. Продолжала занятия с психологом. Через 3 месяца приема психофармакотерапии была проведена коррекция схемы лечения: вортиоксетин 10 мг/сут, перициазин 2 мг/сут с рекомендациями длительного приема. Однако через месяц после консультации самостоятельно отменила перициазин в связи с выраженной утренней сонливостью, головокружениями и потемнением в глазах при резкой смене положения тела.

При помощи сеансов когнитивно-поведенческой терапии сформировала стратегии контроля над собственными поведенческими реакциями,

«переключилась» с «зацикленности» на муже на трудовую деятельность, меньше провоцировала внутрисемейные конфликты.

Однако, несмотря на стабилизацию отношений с мужем, полностью здоровой себя не чувствовала. Сохранялась раздражительность, пессимистичность, чувствительность к неурядицам. Продолжала эпизодически прокручивать мысли о бесперспективности будущего, дальнейшем проживании с неверным мужем, неспособности стать матерью. Несмотря на то, что стала спокойнее относиться к задержкам супруга, объясняла это тем, что «просто смирилась со своей непростой участью». При этом считала вышеперечисленные симптомы больше изменениями в характере, нежели чем депрессивными проявлениями. Периодически возникали неприятные ощущения в теле («ком» в горле, онемения рук, перебои в работе сердца). Беспокоили нарушения сна с трудностями засыпания, ранними утренними пробуждениями.

При этом уровень активности оставался прежним: занималась ведением бизнеса, посещала тренажерный зал, организовывала поездки на море.

Через год после госпитализации в связи с беспокоящими неприятными ощущениями, нарушениями сна, а также некоторым снижением аппетита (без выраженной потери в массе тела) обратилась на амбулаторный прием. От госпитализации и смены антидепрессанта отказалась. Было рекомендовано продолжить прием вортиоксетина до 20 мг/сут с присоединением этифоксина до 100 мг/сут (на 5-6 недель) – в связи с ранее возникавшими явлениями ортостатизма, седацией на фоне приема минимальных дозировок перициазина.

#### **Психометрическое обследование (на момент катамнеза)**

НАМ-D – 10 баллов;

MFI-20 – 30 баллов.

#### **Патопсихологическое обследование (на момент катамнеза)**

В ходе проведенного исследования (при сопоставлении с результатами первичного патопсихологического обследования) выявлены следующие особенности протекания психических процессов пациента:

Психомоторный темп исполнения заданий нормативный. Объем внимания в границах нормы. Продуктивность избирательности внимания в границах нормы. Устойчивость внимания остается сниженной по типу утомляемости. Переключаемость и избирательность внимания достаточны.

Объем памяти достаточный (5 простых объектов, при норме в 5-7). Продуктивность кратковременной памяти на нижней границе нормы (кривая по Лурия 5-6-7-6-7-9, при норме в 9-10 слов). Долговременная память клинических нарушений не обнаруживает (ретенция по Лурия – 7 слов, при норме в 7-8). Показатели опосредованной памяти достаточные.

Динамика мыслительных процессов несколько заторможена (20 слов в методике исследования быстроты мышления). Мышление аффективное, эгоцентричное. Операциональный компонент процесса клинически значимых изменений не обнаруживает. Категориальный строй мышления сохранен. Целенаправленность мышления нормативная.

По сравнению с первичным осмотром в личностном профиле наряду с сохраняющейся демонстративностью, капризностью, эгоцентричностью, выявляется пессимистическая настроенность, мрачность, склонность к застреванию на негативных событиях, а также к анализу собственной жизни с ее негативной оценкой, чувством общей неудовлетворенности. Так, на фоне сохраняющихся акцентуаций по шкалам демонстративности и застревания в ОЧХ-В, также определяется акцентуация по шкале дистимности и снижение показателей экзальтированности до средних значений.

Таким образом, настоящее обследование выявляет наличие психопатического патопсихологического симптомокомплекса в сочетании с признаками депрессивного состояния (со снижением устойчивости внимания, замедлением динамики мыслительных процессов, выявлением дистимности).

### **Клинический разбор**

Состояние пациентки определяется затяжной характерологической депрессией с полиморфной конверсионной симптоматикой, нарушением витальных функций. В пользу данной квалификации гипотимического состояния

свидетельствуют выявляемое, как и у всех пациентов данной группы, амальгамирование характерологических особенностей и депрессивной симптоматикой с последующей амплификацией присущих пациентке конституциональных аномалий (усиление раздражительности, конфликтности, пессимистичности, демонстративности) [78,123], которые фактически формируют принимающее вид дистимии нажитое РЛ [58]. При этом как на момент выписки, так и при катamnестическом обследовании показатели НАМ-D соответствуют значениям депрессии легкой степени (9 и 10 баллов соответственно).

Следует отметить, что при первичном обращении состояние определяется двойной депрессией с экзацербацией гипотимических расстройств на фоне уже существовавшей (с 34 лет) дистимии.

Стоит отдельно подчеркнуть, что выявляемые в клинической картине астенические проявления: «тяжесть» в теле и конечностях, «нестерпимая» усталость, утомляемость от «эмоциональных переживаний» носят гротескно-демонстративный характер и, наряду с остальными соматизированными феноменами («ком» в горле, неустойчивость при ходьбе), имеют вид истерической конверсии [53,184]. При этом, средний балл MFI-20 не превышает показателей легкой степени астении: 43 балла при первичном осмотре и 30 баллов на момент катamnеза.

Наряду с вышеперечисленными симптомокомплексами еще на момент первичного осмотра можно отметить маркеры, указывающие на принадлежность невротической депрессии к клиническому пространству аффективной патологии – нарушение витальных функций: патологический циркадианный ритм, нарушения сна и аппетита.

В пользу формирования НД в рамках патологии аффективного круга также свидетельствует выявляемая в анамнезе аффективная фаза (в 29 лет) в ответ на психотравмирующее воздействие (в конкретном клиническом примере – нескладывающиеся отношения с объектом сверхценной привязанности) в виде истеро-невротической депрессии с доминированием в клинической картине

сверхценного комплекса с явлениями пограничной эротомании (небредовая патологическая любовь). В силу эмоциональной зависимости от значимого другого, любовной аддикции (love addiction [115]) пациентка не способна отказаться от патологических, субъективно болезненных, отношений и продолжает длительно пребывать в психотравмирующей обстановке. Следует отметить, что выход из данной депрессивной фазы сопровождался полной редукцией психопатологической симптоматики с восстановлением доболезненных конституциональных свойств.

При этом по мере динамики невротической депрессии, как и у всех пациентов данной подгруппы, отмечается дезактуализация ранее существовавшего содержательного комплекса депрессии с выходом на первый план общей пессимистической настроенности, мрачности, размышлений о бесперспективности, что воспринимается пациентами данной группы как изменение, «испорченность» характера.

Таким образом, в процессе психогенеза заболевания как в настоящем клиническом примере, так и в остальных случаях в подгруппе, происходит амальгамирование характерологических и депрессивных расстройств с формированием характерологической дистимии [28], имеющей принадлежность к клиническому пространству аффективной патологии.

Преморбидные черты пациентки соответствуют характеристикам носителей сверхценных образований – «фанатиков чувств» [16] и соотносятся с характерологическими девиациями комплексной структуры – истеро-паранойяльные.

В соответствии с вышеизложенным, пациентке поставлен диагноз «Дистимия» (F34.1, МКБ-10).

Несмотря на определяемые характерологические изменения, затяжной характер заболевания, в пользу принадлежности НД к хронической патологии аффективного круга свидетельствует отсутствие дефицитарных симптомокомплексов и расстройств мышления, присущих патологии эндогенно-

процессуального ряда. Помимо прочего, пациентка на протяжении всего времени сохраняет высокий уровень профессиональной адаптации.

Необходимо подчеркнуть, что общим для обеих подгрупп обстоятельством, обращающим на себя внимание, является сохранение работоспособности (у 87,5% пациентов с невротическими депрессиями, возникающими в рамках аффективной патологии, определяется прежний уровень трудовой адаптации), а также отсутствие существенного изменения уклада жизни (100,0% пациентов на момент катamnестического обследования сохранили свой первоначальный семейный статус).

### **Невротические депрессии, возникающие в качестве психогений на траектории расстройств личности (19 пациентов, все женщины)**

Средний возраст пациентов на момент катamnестического обследования –  $33,7 \pm 7,9$  лет.

Пациентов с НД данной группы (как и в случае невротических депрессий, формирующихся в рамках аффективной патологии) также можно разделить на две подгруппы.

При этом, в отличие от группы пациентов с НД, формирующихся в клиническом пространстве аффективной патологии, разделение на подгруппы проводится не на основании различий по типу течения, но по ведущим клиническим характеристикам. Данный подход объясняется тем, что гипотимические состояния представляют собой психогении, имеющие непосредственную временную связь с психотравмирующими обстоятельствами, возникающими и поддающимися обратному развитию соразмерно с началом и окончанием психотравмирующего воздействия.

**В подгруппе пациентов с НД, формирующимися в качестве психогений на траектории РЛ и имеющей вид истероидной дисфории [158] (n=16, средний возраст  $33,1 \pm 8,4$  лет), клинически депрессивные состояния представляют собой истеро-депрессию со слезливостью, раздражительностью, а**



также конверсионной симптоматикой, представляя собой атипичные депрессивные состояния [177] (что психопатологически соответствуют невротическим депрессиями с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании – сверхценный комплекс – см. главу 3).

**Подгруппу с тревожно-невротическими депрессиями в рамках РЛ составляют 3 пациента**, все женщины, средний возраст  $36,2 \pm 8,4$  лет. В клинической картине на фоне гипотимии ведущее место занимает анксиозная симптоматика (тревожно-фобический комплекс), а также астено-невротические проявления и органоневротические расстройства – невротические депрессии с явлениями виктимизации со страхом сепарации (см. главу 3).

Несмотря на отличия в клинических проявлениях НД, по мере динамики депрессивных состояний обеих указанных подгрупп не происходит изменений структуры аффективных симптомокомплексов. Неизменным остается и содержательный комплекс, продолжающий занимать ведущее место среди психопатологических проявлений.

Выраженность депрессивной симптоматики соответствует показателям отсутствия / легкой степени по НАМ-D -  $7,1 \pm 3,9$  балла. Данный факт обусловлен тем, что на момент катamnестического обследования у подавляющего большинства пациентов (63,2%) определялась синдромальная ремиссия, у оставшихся 36,3% – повторная НД по типу психогении на траектории РЛ, непосредственно связанная с сохраняющимися психотравмирующими обстоятельствами (внутрисемейными неурядицами, конфликтами со значимым другим).

Стоит отметить, что отмечается расширение полиморфизма конверсионной и органоневротической симптоматики, что приводит к формированию в ряде случаев (47,4%) выраженной ипохондрической фиксации на собственном состоянии [10,34,189].

Характерологические особенности пациентов, вошедших в данную группу, неоднородны, однако отличительной особенностью является наличие ведущей истерической дименсии, наиболее часто определяемой в качестве

предрасполагающей к развитию невротической депрессии в качестве психогении на траектории РЛ [21,29,33].

Пациенты данной группы сохраняют достаточно высокий уровень социальной адаптации: справляются с рабочими обязанностями (на момент первичного обращения и катamnестического обследования 100,0% пациентов работали), поддерживают многочисленные межличностные контакты и пр.

Клинические примеры, отражающие особенности формирования невротических депрессий на траектории РЛ, приведены ранее (см. главу 3).

\*\*\*

Выявлена нозологическая гетерогенность включаемых в понятие невротической депрессии состояний. Как показывают результаты настоящего исследования, депрессивный невроз может реализовываться в рамках расстройств шизофренического спектра, при аффективной патологии, а также в качестве психогении на траектории РЛ.

При этом удастся установить ряд клинических маркеров (выявляемых на момент первичного осмотра), определяющих аспекты динамики и нозологическую принадлежность невротических депрессий.

Отдельного внимания заслуживает рассмотрение соотношений сформированной в настоящей работе типологии невротических депрессий (где дифференциация основывается на разнородности денотативных комплексов) и закономерностей динамики данных состояний. Согласно полученным данным, невротические депрессии с виктимизацией со страхом сепарации (тревожно-фобический комплекс) в подавляющем большинстве реализуются в рамках аффективной патологии (28,6%) и расстройств шизофренического спектра (63,2%,  $p < 0,01$ ), в то время как невротические депрессии с привязанностью, формирующейся при явлениях эротомании (сверхценный комплекс), с большей частотой (67,4%,  $p < 0,01$ ) возникают в качестве психогении на траектории РЛ.

Таким образом, денотативные комплексы в настоящем исследовании могут рассматриваться не только в качестве факторов, определяющих

типологическую структуру депрессивного невроза, но и обладают прогностической информативностью в отношении динамики и исходов данных состояний (что представляется актуальным в силу неоднозначности имеющихся данных, согласно которым невротическая депрессия может означать начало длительного заболевания различной нозологической природы).

## ГЛАВА 5. ТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ

Несмотря на возрастающий в последние десятилетия интерес к стресс-провоцированным гипотимическим расстройствам, проблема терапии состояний, сопоставимых по психопатологическим проявлениям с НД, остается недостаточно разработанной. Так, всеобъемлющему анализу подходов к психофармакотерапии НД препятствует отсутствие рекомендаций, основанных на принципах доказательной медицины (evidence-based medicine). В первую очередь это связано с тем, что в отношении депрессивного невроза практически не существует рандомизированных клинических исследований. К моменту широкого распространения доказательной медицины диагноз НД уже был исключен из международных систематик (см. главу 1), и потому состояния, ранее объединяемые термином «невротическая депрессия», не были предметом пристального изучения со стороны специалистов в области психофармакологии.

Стоит подчеркнуть, что доступных результатов рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) в отношении лечения НД (и состояний, описание которых фактически идентично дефиниции НД в интерпретации западных исследователей<sup>44</sup>), относящихся к 70-80 гг XX в [124,170,190], явно недостаточно для того, чтобы сформировать аргументированные алгоритмы психофармакотерапии НД. За прошедшие десятилетия подходы к лечению депрессий существенным образом изменились за счет появления препаратов новых классов, причем ни один из изученных в РКИ тимоаналептических лекарственных агентов (фенелзин, trazодон, amitriptилин) не рассматривается в настоящее время как средство первой линии при аффективных расстройствах в целом.

Кроме того, данные о гетерогенности НД с их реализацией в клиническом пространстве различных нозологий [141], а также разнородности психопатологических проявлений состояний, объединяемых термином

---

<sup>44</sup> Невротические состояния с коморбидными депрессивными и тревожными симптомами, манифестирующие на фоне неблагоприятных жизненных событий.

«депрессивный невроз» [166], заставляют предположить, что пациенты нуждаются в дифференцированном подходе к терапии<sup>45</sup>.

При разработке алгоритмов психофармакотерапии НД в настоящей работе используются 2 основных источника информации: рекомендации по терапии расстройств, сопоставимых по клиническим характеристикам и описанию с НД (дистимия, затяжное расстройство адаптации и т. д.), а также результаты открытых исследований и экспертные мнения клиницистов, изучающих невротические депрессии после их формального исключения из психиатрических систематик.

Следует отдельно отметить, что при анализе литературы по терапии гипотимических расстройств, психопатологически схожих с депрессивным неврозом, выявлены некоторые немаловажные особенности и проблемы, связанные с курацией пациентов с НД.

Во-первых, пациенты с невротическими депрессиями (преимущественно в силу оценки психотравмирующей ситуации в качестве «бытовой») в ряде случаев обращаются к специалистам, не имеющим медицинского образования (психологи, социальные работники), либо к врачам непсихиатрического профиля с жалобами на соматизированные симптомы [133,176]. При этом данная группа пациентов не получает необходимого лечения, а клинические проявления НД остаются за рамками фокуса помощи.

Во-вторых, стоит отметить, что у пациентов с депрессивным неврозом часто выявляется недостаточный ответ (response)<sup>46</sup> на терапию антидепрессантами [101,121], что, с одной стороны, может быть опосредовано затяжным течением, хронификацией состояния [3,74,102,104], а с другой – несвоевременным началом лечения с большим интервалом между возникновением симптомов и инициацией антидепрессивной терапии [125].

---

<sup>45</sup> Косвенным аргументом в пользу необходимости дифференцированного подхода к терапии НД выступают данные С. Mountjoy [170] и Р. Rowan [190] о неоднородности ответа в изучаемых выборках на проводимую терапию.

<sup>46</sup> Мера улучшения состояния, используемая для определения преимущества активного препарата над плацебо [2].

Также существуют данные, согласно которым у пациентов с НД выявляется большая склонность к возникновению различных нежелательных явлений на фоне проводимой психофармакотерапии [121]. Данное обстоятельство может быть связано с целым рядом факторов: относительно нетяжелой выраженностью депрессивных расстройств<sup>47</sup>, преобладанием аффекта тревоги в структуре депрессии (что находит отражение в повышении показателей тревоги и соматизации по шкалам HAM-D, SCL-90), накоплением в преморбиде характерологических особенностей, присущих кластерам В и С [1].

Наконец, гетерогенность проявлений НД (гипотимия, тревога, соматизация, астения, инсомния, когнитивные нарушения и т. д.) в ряде случаев определяет необходимость назначения комбинации лекарственных препаратов для воздействия на весь спектр психопатологических симптомов, составляющих клиническую картину заболевания.

В связи с этим, выбор препаратов для терапии НД во многих ситуациях представляет собой непростую задачу, для решения которой необходимым является определение основных современных направлений и алгоритмов терапии НД и сопоставимых с ней по клиническим проявлениям состояний. При этом требуется как использование данных доказательной медицины, так и оперирование результатами исследований и описаний серий клинических случаев. Особенно ответственной задача становится в сложных случаях: пациенты, нуждающиеся в коррекции широкого спектра симптомов, или пациенты с повышенной чувствительностью к побочным эффектам терапии.

Учитывая стресс-зависимый характер манифестации гипотимических расстройств (длительно существующие фрустрирующие обстоятельства), а также личностные особенности пациентов (со способностью попадать и длительно пребывать в психотравмирующей ситуации), отдельного краткого

---

<sup>47</sup> По данным В. Н. Краснова при депрессиях неэндогенного круга реактивность (чувствительность) пациента выше в отношении не только тимоаналептического эффекта антидепрессанта, но и в отношении побочных эффектов (в первую очередь, седативного) [31].

обсуждения заслуживает использование психотерапии при лечении пациентов с НД.

О необходимости сочетания психофармакотерапии и психотерапевтических методик при стресс-провоцированных затяжных тревожных и гипотимических состояниях, схожих по клиническим характеристикам с депрессивным неврозом, постулируется в ряде исследований [9,13,41,47,59]. При этом психотерапия при НД должна быть направлена на коррекцию поведенческих паттернов и формирование копинг-стратегий в отношении психотравмирующих факторов.

Стоит отметить, что в доступной литературе существуют указания на эффективность комбинирования психотерапии с антидепрессантами группы СИОЗС (сертралин, циталопрам, эсциталопрам) [6], трициклическими антидепрессантами (имипрамин, кломипрамин) [6], а также транквилизаторами [21] при терапии НД и других психогенно обусловленных расстройств.

Следует подчеркнуть, что отдельная оценка эффективности психотерапии и сравнение различных психотерапевтических методик при НД не входит в задачи настоящего исследования и специально не оценивается.

### **Дизайн исследования**

Настоящее исследование является открытым и натуралистическим. Задача исследования – оценка эффективности психофармакотерапии невротических депрессий в соответствии с разработанными в диссертации типологической и нозологической дифференциацией (см. главу 3, 4).

Все пациенты (70 наблюдений) включаются в исследование на стационарном этапе (ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья» (директор – проф., д.м.н. Т.П. Ключник), отдел по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – академик РАН, проф. А.Б. Смулевич); ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (ректор – академик РАН, проф. П.В. Глыбочко) УКБ№3 (гл. врач –

к.м.н., заслуженный врач РФ В.В. Панасюк), психотерапевтическое отделение (зав. отделением – д.м.н. Б.А. Волель)).

Длительность наблюдения за пациентами в терапевтическом исследовании составляет 3 месяца (12 недель). Такая продолжительность наблюдения за пациентами связана с данными о том, что невротические депрессии являются затяжными состояниями и, соответственно, требуют достаточно длительного лекарственного вмешательства.

Средняя длительность лечения в стационаре составляет  $36,2 \pm 14,6$  дней. Остальное время из 12 недель пациенты наблюдаются амбулаторно.

Оценка эффективности терапии проводится раз в неделю во время пребывания в стационаре, а затем по истечении первого, второго и третьего месяцев терапии (см. рисунок 9).

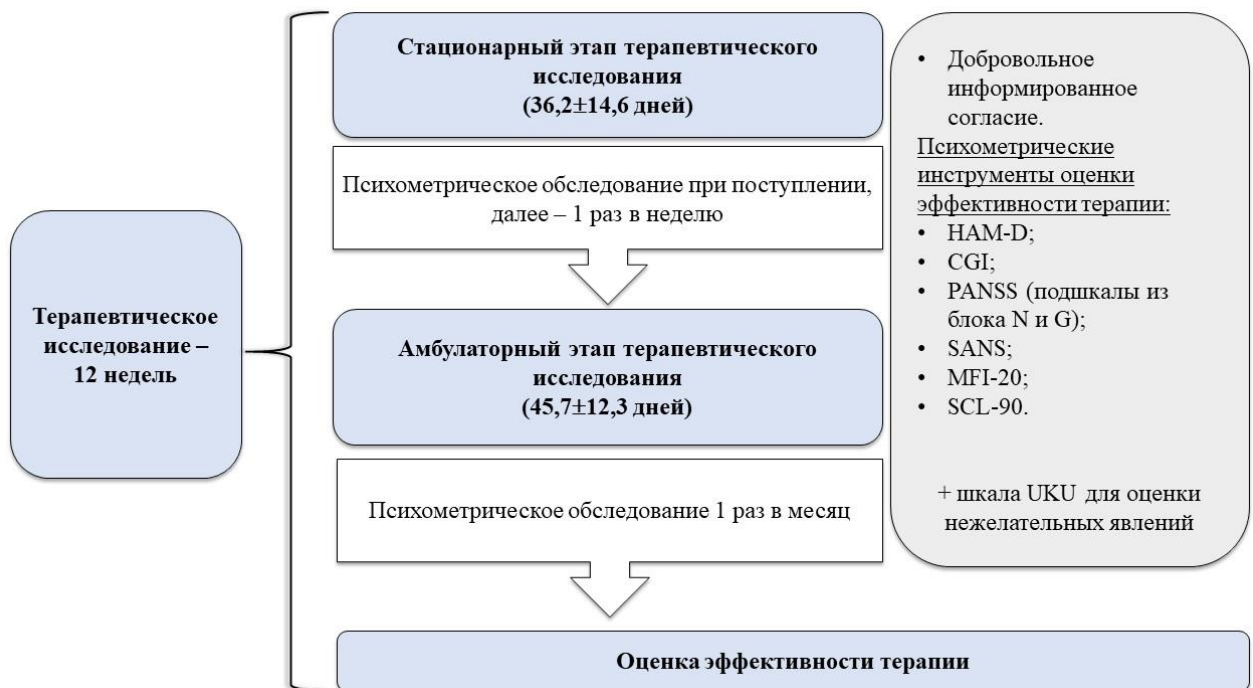


Рисунок 9 – Дизайн исследования эффективности психофармакотерапии НД

На этапе включения в исследование у пациентов подписано добровольное информированное согласие на участие, после чего проведена клинико-психометрическая оценка симптоматики и назначение лечения.



Все пациенты сформированной выборки проходили курсы психотерапевтических сессий и получали таблетированную терапию. Необходимость назначения лекарственных агентов (в том числе и их парентеральных форм) обуславливалась характером дезадаптации пациентов (см. главу 2), затяжным характером гипотимических состояний (не менее 6 месяцев), в ряде случаев – рекуррентным течением, отсутствием значимого улучшения на фоне изолированного проведения психотерапии, а также неэффективностью ранее назначаемого амбулаторного лечения.

В связи с описанными в настоящем исследовании (см. главу 3, 4) гетерогенностью психопатологических проявлений и особенностями психогенеза заболевания с реализацией НД в клиническом пространстве различных нозологий сформированы группы пациентов, в каждой из которых лечение проводится по отдельным алгоритмам. Данные алгоритмы, отражающие этапы выделения терапевтических групп с формированием дифференцированных подходов к лечению, представлены на рисунке 10.



Рисунок 10 – Терапевтические алгоритмы при лечении пациентов с НД

Как видно из рисунка 10, на **1 этапе** исследования эффективности дифференцированных подходов к терапии НД, происходит разделение пациентов на группы в соответствии с **нозологической принадлежностью НД** (см. главу 4).

Так, первоначально выделены случаи НД, формирующиеся в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра, в связи с тем, что терапия депрессий у пациентов данной группы подразумевает иной подход по сравнению с аффективными заболеваниями с ориентировкой на имеющиеся в клинической картине негативные симптомы (в т.ч. явления типа *avolition*), астенические расстройства.

При этом формирование различных подходов к терапии депрессий, манифестирующих в рамках аффективной патологии и динамики РЛ (в соответствии с существующими современными рекомендациями) не проводится – так, наличие у пациентов с депрессивным состоянием (отвечающим критериям депрессии современных классификаций) коморбидного РЛ не приводит к сколько-нибудь значимому изменению подходов к терапии самой депрессии (ось I и ось II, DSM-5).

На **2 этапе** дифференцированное назначение терапии определяется доминирующим в клинической картине НД **психопатологическим симптомокомплексом** (см. главу 3).

При этом у всех пациентов с невротическими депрессиями, реализующимися в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра, ведущим является тревожно-фобический содержательный комплекс.

Наряду с чем оставшиеся пациенты с НД, возникающими при аффективной патологии и в качестве психогений на траектории РЛ, разделены на две группы в соответствии с описанным в 3 главе настоящей диссертации делением: с тревожно-фобическим и сверхценным комплексом.

В связи с реализацией НД в клиническом пространстве различных нозологий, а также гетерогенностью клинических проявлений динамика состояния регистрируется при помощи батареи психометрических шкал.

Первичной точкой оценки состояния является динамика балла шкалы оценки депрессии HAM-D. Эффективность / неэффективность терапии устанавливается на основании достижения 50% редукции баллов шкалы от зарегистрированного в начале исследования (терапевтический ответ, респонс).

Показатели остальных шкал (CGI, MFI-20, SANS, PANSS, SCL-90) используются в качестве вторичных точек оценки состояния (см. рисунок 10).

Также стоит отметить, что нежелательные эффекты регистрируются по Шкале оценки побочных эффектов (UKU).

Дозы препаратов титруются с начальных до среднетерапевтических. Замена терапии, либо ее аугментация осуществляется при отсутствии терапевтического ответа раз в месяц во время оценки эффективности терапии.

Таким образом, на основании результатов 1 и 2 этапов исследования получены дифференцированные схемы выбора психофармакотерапии и оценки ее эффективности с учетом гетерогенности психопатологических характеристик и реализации НД в клиническом пространстве различных нозологий с формированием 3 групп пациентов.

Обратимся к более подробному рассмотрению подходов к лечению пациентов с НД на основании установленных алгоритмов.

## **Дифференцированные подходы к терапии пациентов с НД**

### **Терапия депрессии**

В соответствии с данными современных руководств первая линия терапии депрессий (в том числе с коморбидными тревожными расстройствами) – антидепрессанты из группы СИОЗС (сертралин, эсциталопрам, флуоксетин, флувоксамин) [42,91,172]. В качестве альтернативы СИОЗС рассматривались антидепрессанты двойного действия (СИОЗСиН) – венлафаксин, дулоксетин, милнаципран [211], а также инновационный антидепрессант мультимодального действия вортиоксетин [90].

Таким образом, осевыми препаратами в терапии НД являются антидепрессанты группы СИОЗС / СИОЗСиН.

При отсутствии клинического эффекта или недостаточной переносимости осуществляется замена СИОЗС / СИОЗСиН на антидепрессанты из группы норадренергических и специфических серотонинергических антидепрессантов (НАССА) – миансерин и мirtазапин (особенно, при наличии в состоянии жалоб на нарушения сна или аппетита [81,202,212]).

Также достаточно эффективным является назначение препарата из группы агонистов мелатонинергических и антагонистов серотонинергических рецепторов – АМАСР (агомелатин), обладающего хорошим профилем переносимости и выступающего в качестве препарата выбора у пациентов с наличием противопоказаний к назначению других тимоаналептиков, либо в случае отсутствия значимого ответа на иную антидепрессивную терапию [71,111,126,196].

Трициклические антидепрессанты (ТЦА) назначаются лишь в 14,3% случаев парентерально (преимущественно внутривенно капельно)<sup>48</sup>. Предпочтение отдается относительно небольшим дозам ТЦА (кломипрамин, amitриптилин) – до 50 мг в сутки. Следует отметить, что у всех пациентов, получающих ТЦА, НД манифестирует в клиническом пространстве рекуррентной аффективной патологии<sup>49</sup>.

Дифференцированные алгоритмы в виде присоединения к антидепрессантам СИОЗС / СИОЗСиН препаратов иных классов с ориентировкой на дополнительные мишени терапии приведены ниже для каждой из групп пациентов.

---

<sup>48</sup> Целесообразность парентерального введения антидепрессантов и других психофармакологических агентов является предметом научной дискуссии с большим числом аргументов за и против.

<sup>49</sup> Назначение препаратов из группы трициклических антидепрессантов в связи с побочными действиями со стороны сердечно-сосудистой и центральной нервной системы является нежелательным [160]. Однако, клинический опыт отечественных исследователей [55] позволяет считать трициклические антидепрессанты допустимыми препаратами второй линии, применяемыми при наличии непереносимости антидепрессантов более современных групп или их неэффективности.

**1. При невротических депрессиях, формирующихся в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра (n=27),** наряду с тревожно-депрессивными симптомокомплексами ведущая мишень – негативные расстройства, астеническая симптоматика (см. рисунок 10). С целью наиболее быстрого достижения значимого терапевтического эффекта осуществлялось усиление психофармакологического воздействия антидепрессанта из группы СИОЗС или СИОЗСиН<sup>50</sup> при помощи присоединения дополнительного препарата, не имеющего отношения к группе тимоаналептиков – аугментация терапии<sup>51</sup>. Так, в качестве аугментирующих агентов при терапии депрессий, коморбидных расстройствам шизофренического спектра, выступают атипичные антипсихотики (кветиапин, оланзапин, арипипразол) [37,86,109,192]. Такой подход позволяет эффективно воздействовать как на депрессивную симптоматику, так и на широкий спектр негативных симптомов, в числе которых астения, когнитивные нарушения и снижение мотивации [138,217].

Во время стационарного лечения пациенты получают курс парентеральных препаратов, предпочтение при этом отдается сульпириду: сульпирид в/в капельно + транквилизатор (диазепам/бромдигидрохлорфенилбензодиазепин) в/в капельно. В ряде случаев при доминировании в клинической картине астенической симптоматики используются также внутривенные инфузии ноотропного препарата пирацетама, эффективность которого в отношении таких симптомов депрессии как апатия и астения показана в некоторых отечественных работах [15].

Список препаратов, используемых в этой группе, приведен в Таблице 10.

---

<sup>50</sup> Повышение уровня норадреналина и дофамина при помощи антидепрессантов двойного действия является безопасным при расстройствах шизофренического спектра и не ведет к повышению риска психоза. Это связано с тем, что антидепрессанты двойного действия не имеют сродства к транспортерам дофамина и повышают его уровень только в лобных долях, где собственный транспортер дофамина отсутствует и за обратный захват этого нейромедиатора отвечает транспортер норадреналина. Клиническим следствием этого является улучшение концентрации внимания и уменьшение апатии [199].

<sup>51</sup> Эффективность данного подхода (по сравнению со стандартными алгоритмами терапии депрессий) показана в ряде зарубежных и отечественных исследований [23,38,174,178].

Таблица 10 – Спектр препаратов, применяемых при терапии НД при расстройствах шизофренического спектра

Препарат (МНН)	Средние терапевтические (минимальные и максимальные) суточные дозы, мг/сут		
	Перорально	Парентерально	
		в/в кап	в/м
<b>Антидепрессанты</b>			
<b>СИОЗС</b>			
Сертралин	135,4 (100-200)		
Эсциталопрам	13,2 (10-20)		
Флуоксетин	25,0 (20-40)		
Флувоксамин	125,0 (75-200)		
<b>СИОЗСиН</b>			
Венлафаксин	123,7 (75-150)		
Дулоксетин	93,8 (60-120)		
Милнаципран	66,7 (50-100)		
<b>НАССА</b>			
Миртазапин	30,2 (15-45)		
Миансерин	41,3 (15-60)		
<b>Мультимодалные антидепрессанты</b>			
Вортиоксетин	11,2 (5-20)		
<b>Антипсихотики</b>			
<b>Типичные</b>			
Сульпирид		158,3 (100-200)	112,5 (100-200)
<b>Атипичные</b>			
Кветиапин	210,5 (75-400)		
Оланзапин	7,2 (2,5-15)		
Арипипразол	10,2 (5-15)		
<b>Транквилизаторы</b>			
Диазепам	12,5 (5-15)	13,7 (10-20)	14,5 (10-20)
Бромдигидрохлор-фенилбензодиазепин	0,89 (0,5-1,5)	0,6 (0,5-1)	0,6 (0,5-1)
<b>Ноотропы</b>			
Пирацетам		936,7 (500-2000)	

По прошествии периода 3 месяцев отмечается значимое уменьшение выраженности депрессивных расстройств – показатели НАМ-D  $9,1 \pm 1,4$  балла (vs  $17,7 \pm 5,2$ ,  $p < 0,05$ ). При этом стоит отметить, что доля респондентов по результатам шкалы CGI-I оказывается не столь высокой: эффект от проводимой терапии отметили 63,0% пациентов (см. рисунок 11).

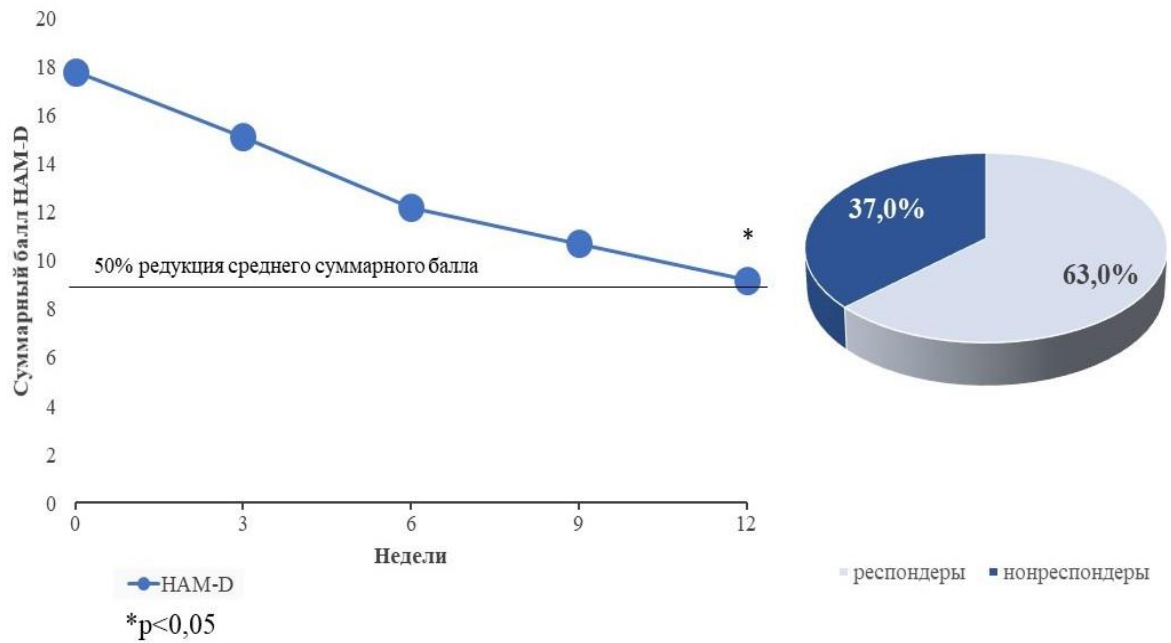


Рисунок 11 – Редукция среднего суммарного балла по шкале HAM-D и доля респондеров по CGI при терапии НД, формирующихся при расстройствах шизофренического спектра

Недостаточная редукция клинических проявлений при НД, возникающих в клиническом пространстве заболеваний шизофренического спектра, обуславливается в том числе и наличием в структуре психопатологических симптомокомплексов астении, негативных расстройств. Сохранение астенической симптоматики, а также явлений типа avolition находит отражение в показателях MFI-20, подшкал SANS, PANSS на момент окончания исследования (см. рисунок 12), что соотносится с данными литературы о значительно меньшей эффективности психофармакотерапии в отношении негативных симптомов [186].

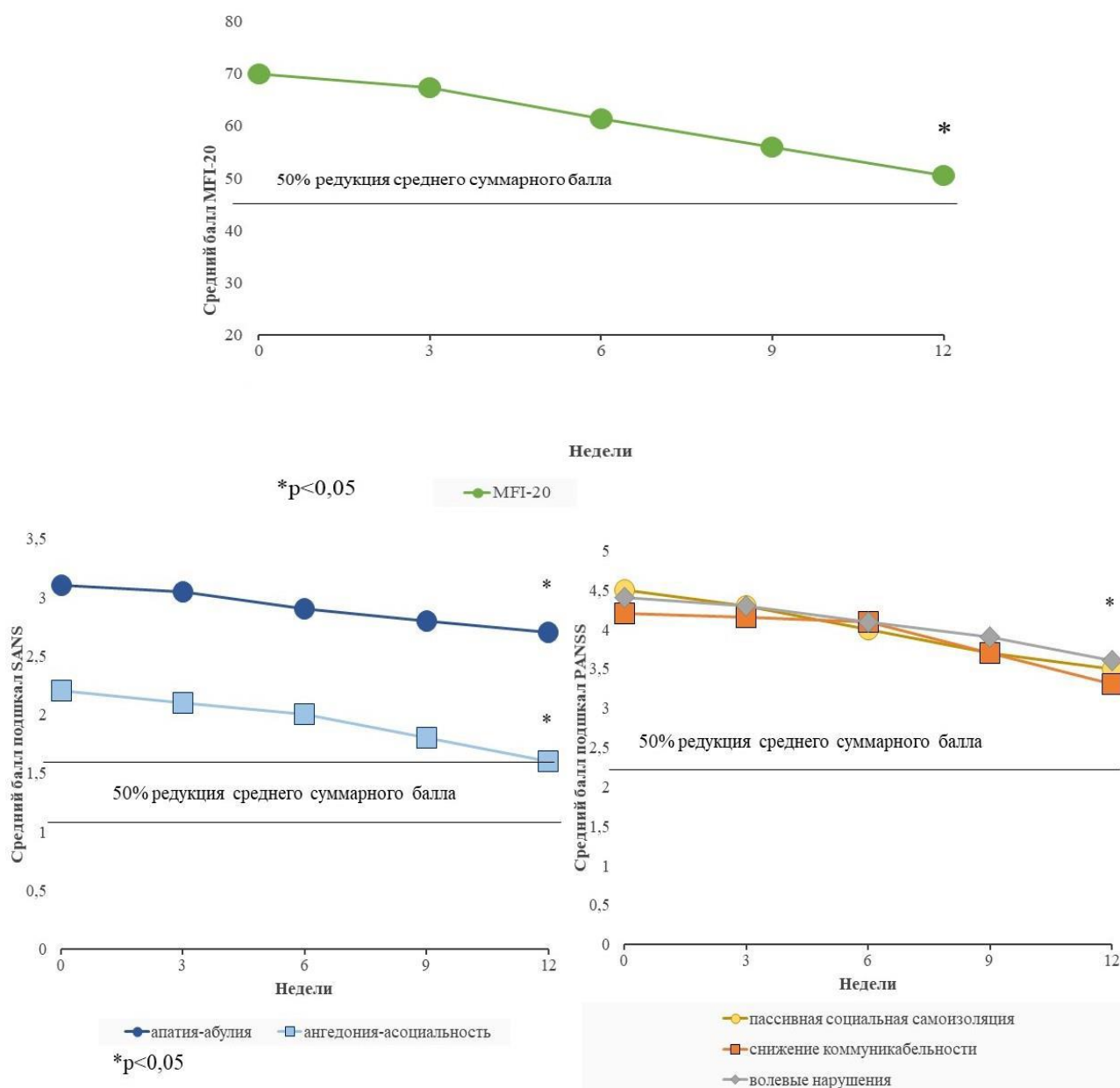


Рисунок 12 – Снижение показателей по шкале MFI-20, подшкалам SANS и PANSS по данным терапевтического исследования у пациентов с НД, возникающими в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра

Как видно из рисунка 12, по результатам трехмесячной терапии у пациентов с невротическими депрессиями при расстройствах шизофренического спектра происходит значимая ( $p < 0,05$ ), но не достигающая 50% редукция астенических проявлений в MFI-20 ( $50,1 \pm 9,5$  vs  $70,0 \pm 15,3$  балла) и негативных симптомов по подшкалам SANS «апатия-абулия» -  $3,1 \pm 0,7$  (vs  $2,7 \pm 0,5$  балла),



«ангедония-асоциальность» -  $2,2 \pm 0,6$  (vs  $1,6 \pm 0,4$  балла), PANSS «волевые нарушения» -  $4,4 \pm 1,1$  (vs  $3,6 \pm 1,0$  балла); «снижение коммуникабельности» -  $4,2 \pm 0,8$  (vs  $3,3 \pm 0,9$  балла); «пассивная социальная самоизоляция» -  $4,5 \pm 0,9$  (vs  $3,5 \pm 0,9$  балла).

Выявленные особенности указывают на тяжесть состояния с полиморфизмом психопатологических проявлений, включающем не только депрессивные симптомы (преимущественно средней степени выраженности), но и негативные расстройства, астенические проявления, что обуславливает необходимость более длительного интенсивного лечения с осуществлением своевременной корректировки терапевтической схемы в условиях стационара.

Так как у пациентов данной группы определяются наиболее высокие показатели социальной дезадаптации (по данным исследования 48,1% пациентов не работали на протяжении всего периода наблюдения) целесообразным является проведение психотерапевтических реабилитационных мероприятий [88], направленных на предотвращение аутизации пациентов, а также повышение их социальной и трудовой активности, коррекцию негативных расстройств, формирование копинг-стратегий в отношении ситуаций, связанных с болезнью и лечением, а также коррекцию поведенческих реакций со склонностью к зависимости от значимого другого<sup>52</sup>, проработку внутрисемейных конфликтов. В данном случае наиболее эффективными признаны методики когнитивно-поведенческой (метакогнитивной) терапии [93,148].

**2. У пациентов с невротическими депрессиями с тревожно-фобическим комплексом, формирующимся в рамках аффективной патологии и на траектории РЛ (n=20), дополнительной мишенью (наряду с собственно депрессией) при подборе терапии является тревога, соматизированные проявления и астено-невротическая симптоматика. В связи с**

---

<sup>52</sup> У всех пациентов группы в клинической картине выявляется тревожно-фобический психопатологический комплекс с явлениями виктимизации со страхом сепарации.

этим в комбинации с СИОЗС<sup>53</sup> (также предпочтение отдается антидепрессантам НАССА, в то время как антидепрессанты СИОЗСиН назначаются значительно реже<sup>54</sup>) с целью более эффективного воздействия на тревожную симптоматику, особенно в первые дни терапии, назначаются транквилизаторы бензодиазепинового ряда (в том числе парентерально) [109]. У некоторых пациентов (15,0% случаев) с некупируемыми препаратами первой линии тревожными симптомами транквилизаторы назначаются на длительный срок. В такой ситуации предпочтение отдается лекарственным агентам, не обладающим выраженным седативным эффектом (клоназепам, алпразолам, а также небензодиазепиновый анксиолитик этифоксин).

При неэффективности монотерапии СИОЗС / комбинации СИОЗС и транквилизаторов в отношении тревожной и соматизированной симптоматики в рамках депрессий в данной группе осуществлялось присоединение препаратов габапентиноидного ряда (прегабалин, габапентин) [89], реже – кветиапин<sup>55</sup>. Эффективность комбинации СИОЗС и габапентиноидов, а также СИОЗС и атипичного антипсихотика (кветиапин) показана в ряде исследований пациентов с тревожно-депрессивными состояниями [137,149].

Во время нахождения в стационаре пациентам проведен курс парентеральной терапии. Наряду с внутривенными капельными вливаниями бензодиазепиновых транквилизаторов, также применяются инфузии с трициклическими антидепрессантами (амитриптилин или кломипрамин), реже – с сульпиридом.

Набор препаратов, при помощи которых осуществляется терапия данного типа НД, представлен в Таблице 11.

---

<sup>53</sup> Флуоксетин, как наиболее стимулирующий и склонный к провокации тревоги препарат из группы СИОЗС, у данной группы пациентов не назначается.

<sup>54</sup> Препараты СИОЗСиН используются лишь у ¼ пациентов данной группы.

<sup>55</sup> В качестве аугментирующего агента при терапии пациентов с НД с тревожно-фобическим комплексом (формирующимся в рамках аффективной патологии и в качестве психогении на траектории РЛ) кветиапин в используется у 15% пациентов.

Таблица 11 – Спектр препаратов, применяемых в терапии НД с тревожно-фобическим комплексом, формирующимся в клиническом пространстве аффективной патологии и в качестве психогении на траектории РЛ

Препарат (МНН)	Средние терапевтические (минимальные и максимальные) суточные дозы, мг/сут		
	Перорально	Парентерально	
		в/в кап	в/м
<b>Антидепрессанты</b>			
<b>СИОЗС</b>			
Сертралин	135,4 (100-200)		
Эсциталопрам	13,2 (10-20)		
Флувоксамин	125,0 (75-200)		
Пароксетин	27,5 (20-40)		
<b>СИОЗСиН</b>			
Венлафаксин	100,0 (75-150)		
<b>ТЦА</b>			
Амитриптилин		15,0 (10-20)	18,7 (10-20)
Кломипрамин		28,1 (25-50)	
<b>НАССА</b>			
Миртазапин	32,1 (15-45)		
Миансерин	33,0 (15-60)		
<b>Нейролептики</b>			
<b>Типичные</b>			
Сульпирид		111,1 (50-200)	66,7 (50-100)
<b>Атипичные</b>			
Кветиапин	70,3 (25-150)		
<b>Габапентиноиды</b>			
Габапентин	654 (300-1200)		
Прегабалин	117,6 (25-300)		
<b>Транквилизаторы</b>			
Диазепам		13,7 (10-20)	14,5 (10-20)
Бромдигидрохлор-фенилбензодиазепин		0,6 (0,5-1)	0,6 (0,5-1)
Клоназепам	1,5 (0,5-2)		
Алпразолам	0,8 (0,5-1)		
Этифоксин	78,6 (50-100)		

При оценке по CGI-I процент респондеров к окончанию трех месяцев терапии НД, формирующихся в клиническом пространстве аффективной патологии и на траектории РЛ (с ведущим тревожно-фобическим комплексом), составил 88,9% (см. рисунок 13). Наряду с чем выявлено значимое снижение выраженности депрессивной симптоматики – на момент окончания исследования средний балл HAM-D  $8,1 \pm 3,1$  (vs  $19,3 \pm 4,8$ ,  $p < 0,01$ ), что

соответствует показателям редукции депрессивных расстройств/депрессии легкой степени выраженности.

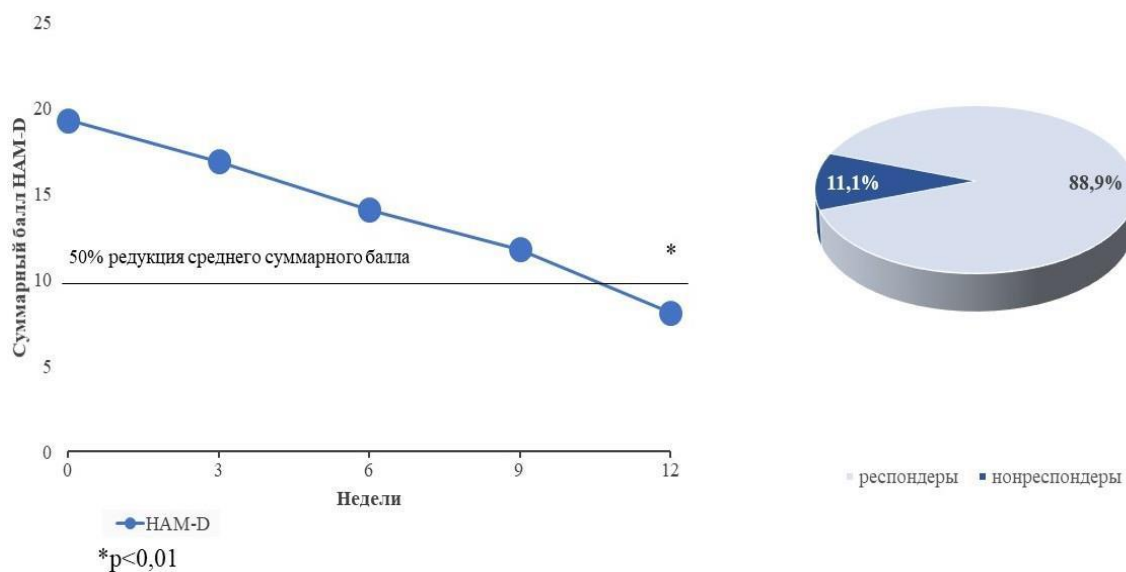


Рисунок 13 – Редукция среднего суммарного балла по шкале HAM-D и доля респондеров по CGI-I при терапии невротических депрессий, формирующихся в клиническом пространстве аффективной патологии и в качестве психогении на траектории РЛ (с ведущим тревожно-фобическим комплексом)

Также стоит отметить, что происходит редукция астенической симптоматики (см. рисунок 14).

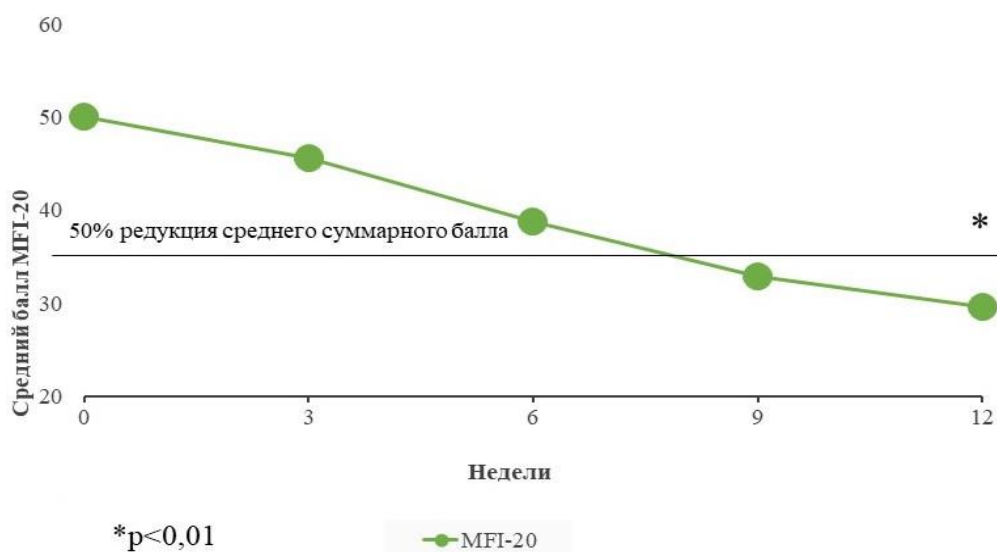


Рисунок 14 – Редукция показателей шкалы MFI-20 при НД с тревожно-фобическим комплексом, формирующимся в рамках аффективной патологии и РЛ

Как видно из рисунка 14, на момент окончания трехмесячного курса лечения выявлена значимая редукция астенических проявлений – средний суммарный балл MFI-20  $29,6 \pm 5,7$  (vs  $50,0 \pm 7,2$ ,  $p < 0,01$ ), что соответствует отсутствию астенических проявлений/их легкой степени выраженности.

Отмечается достигающая 50% редукция среднего суммарного балла по подшкалам «тревожность» и «соматизация» SCL-90 – показатели на момент окончания 3-месячного периода наблюдения отражают низкие значения выраженности симптомов –  $1,0 \pm 0,1$  vs  $2,1 \pm 0,3$  ( $p < 0,01$ ),  $0,9 \pm 0,1$  vs  $2,2 \pm 0,2$  ( $p < 0,01$ ) соответственно (см. рисунок 15).

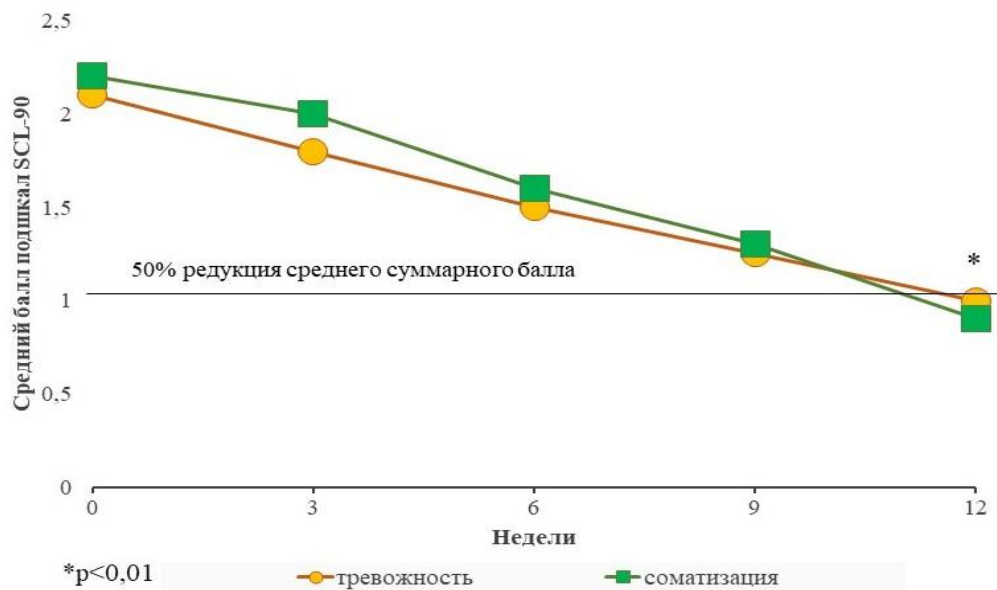


Рисунок 15 – Динамика показателей подшкал «тревожность», «соматизация» SCL-90 у пациентов с НД, формирующимися в рамках аффективной патологии и в качестве психогении на траектории РЛ (с тревожно-фобическим комплексом)

Наиболее предпочтительными в коррекции тревожно-фобических симптомокомплексов среди психотерапевтических подходов являются методики когнитивно-поведенческой терапии, а также семейная психотерапия, направленные на исправление дисфункциональных отношений со значимым другим.

**3. В отношении терапии невротических депрессий со сверхценным комплексом (в рамках аффективной патологии по типу характерологической дистимии и в качестве психогении на траектории РЛ) (n=23) необходимым является воздействие на такие дополнительные мишени терапии как дисфория, конверсионная симптоматика. При этом применяется комбинация антидепрессанта, обладающего наилучшим профилем переносимости: СИОЗС / мультимодального антидепрессанта (вортиоксетин) / АМАСР (агомелатин) с «малыми» антипсихотиками, которые в данном случае выполняют роль «корректоров поведения»<sup>56</sup>. В первую очередь таковым является перициазин, в несколько меньшей степени алимемазин и (значительно реже кветиапин<sup>57</sup> в малых – 12,5-50 мг – дозах). Данная группа препаратов назначается и с целью воздействия на конверсионную симптоматику. Стоит отметить, что подобный профиль действия описанных препаратов не показан в РКИ, однако большой опыт их применения, накопленный российскими психиатрами (при соматизированных и конверсионных расстройствах), позволяет рассматривать их как перспективную терапевтическую опцию [10].**

Применение находят и транквилизаторы – как парентеральные, так и пероральные формы.

Сульпирид у пациентов данной группы назначается преимущественно парентерально. Его использование обосновано тем, что этот препарат показывает высокую эффективность как аугментирующий агент в отношении дистимии [110].

Список препаратов, применяемых при лечении данного типа НД представлен в Таблице 12.

---

<sup>56</sup> В настоящее время данный термин считается некорректным по этическим соображениям. Следует отметить, что эффективность перициазина и, в меньшей степени, других «малых» антипсихотиков в коррекции поведенческих нарушений при расстройствах личности доказана в отечественных исследованиях [19].

<sup>57</sup> Согласно фундаментальным данным рецепторный профиль и клиническая эффективность кветиапина носит отчётливо дозозависимый характер, что позволяет использовать его в разных дозах по разным показаниям [199].

Таблица 12 – Препараты, применяемые при терапии НД со сверхценным комплексом, возникающим при аффективной патологии и РЛ

Препарат (МНН)	Средние терапевтические (минимальные и максимальные) суточные дозы, мг/сут		
	Перорально	Парентерально	
		в/в кап	в/м
<b>Антидепрессанты</b>			
<b>СИОЗС</b>			
Сертралин	117,4 (50-150)		
Эсциталопрам	9,8 (5-15)		
Флуоксетин	25,0 (20-40)		
Флувоксамин	105,0 (75-150)		
<b>Мультимодальные антидепрессанты</b>			
Вортиоксетин	10,7 (5-20)		
<b>АМАСР</b>			
Агомелатин	25 (25)		
<b>НАССА</b>			
Миртазапин	24,0 (15-30)		
Миансерин	25,0 (15-30)		
<b>Антипсихотики</b>			
<b>Типичные</b>			
Перициазин	6,5 (2-15)		
Алимемазин	8,3 (5-15)		
Сульпирид	64,3 (50-100)	97,5 (50-200)	75,0 (50-100)
<b>Атипичные</b>			
Кветиапин	31,3 (12,5-50)		
<b>Транквилизаторы</b>			
Диазепам		13,7 (10-20)	14,5 (10-20)
Бромдигидрохлор-фенилбензодиазепин		0,6 (0,5-1)	0,6 (0,5-1)
Клоназепам	1,2 (0,5-2)		
Алпразолам	0,7 (0,5-1)		
Этифоксин	75,0 (50-100)		

Нужно отметить, что уже к окончанию второго месяца лечения выявляются различия (по сравнению с исходным уровнем) по признаку редукции депрессивных симптомов по шкале НАМ-D (средний балл –  $7,5 \pm 3,2$ ), достигающие статистически значимых показателей  $6,2 \pm 1,4$  (vs  $12,4 \pm 3,3$ ,  $p < 0,01$ ) к концу третьего месяца терапии (см. рисунок 16).

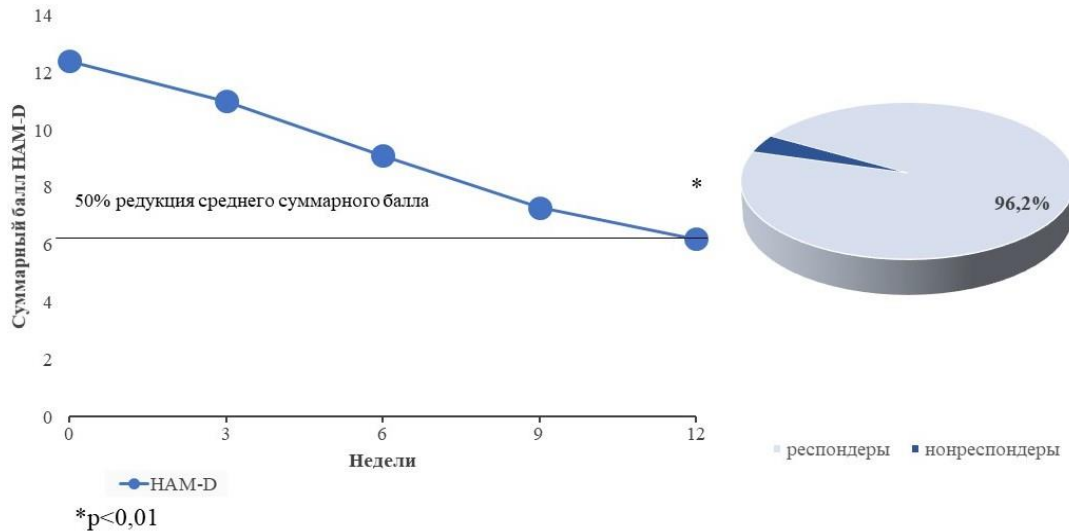


Рисунок 16 – Редукция среднего суммарного балла по шкале HAM-D и доля респондеров по CGI-I при терапии НД, формирующихся в клиническом пространстве аффективной патологии и в качестве психогении на траектории РЛ (со сверхценным комплексом)

Также отмечается значимая редукция баллов по подшкалам SCL-90 «враждебность»  $1,2 \pm 0,1$  vs  $2,0 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ) и «соматизация»  $0,5 \pm 0,1$  vs  $1,6 \pm 0,2$  ( $p < 0,01$ ) (см. рисунок 17).

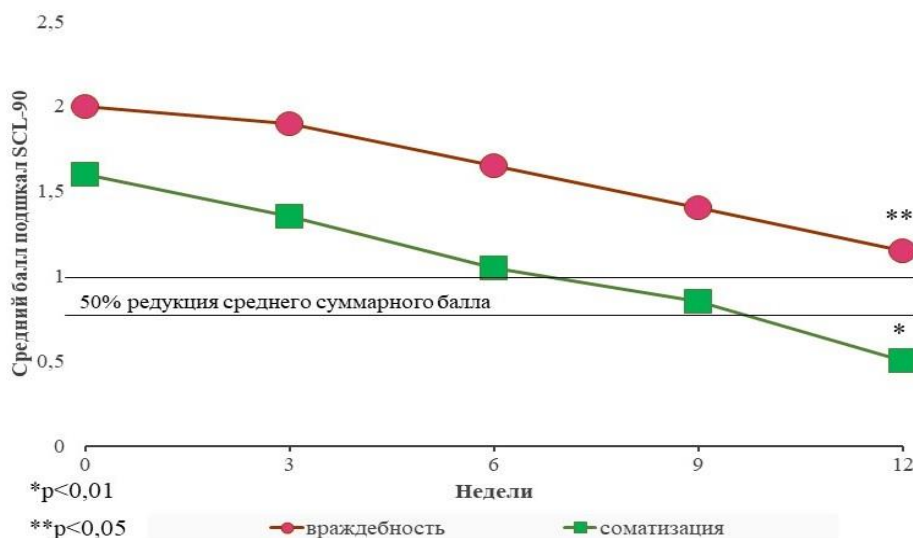


Рисунок 17 – Динамика показателей подшкал «враждебность», «соматизация» SCL-90 у пациентов с НД со сверхценным комплексом, возникающими при аффективной патологии и в качестве психогении на траектории РЛ



При доминировании в клинической картине сверхценного комплекса используется рациональная, суггестивная, интерперсональная психотерапия. Данные методики направлены на формирование стратегий контроля над собственными поведенческими реакциями, обучение позитивным навыкам совладания (на основе лично ориентированных – реконструктивных – интервенций), коррекцию иррациональных установок. При этом у пациентов со сверхценной привязанностью эффективными в отношении предотвращения рецидивов аддиктивного поведения (love addiction [115]) является когнитивно-поведенческая психотерапия, позволяющая сформировать стабильную установку на профессиональную деятельность (в форме трудовой аддикции).

### **Оценка нежелательных явлений психофармакотерапии НД**

В связи с имеющимися указаниями на высокую встречаемость индивидуальной чувствительности у пациентов с НД к проводимой психофармакотерапии [121], необходимо обратиться к рассмотрению переносимости лекарственных агентов. Следует подчеркнуть, что всего от терапии на разных этапах отказалось 8 пациентов (11,0%). Из них четверо отказались от терапии из-за побочных эффектов, а трое из-за отсутствия эффективности. Одна пациентка выбыла из исследования без объяснения причин.

Среди наиболее часто регистрируемых побочных эффектов выявляются: седация (26,1%), дневная сонливость (23,9%), набор массы тела (22,8%), тошнота (14,1%), напряжение/внутреннее беспокойство (13,0%), тахикардия (11,9%), нарушения менструального цикла (10,9%), гиперпролактинемия (10,9%), боли в животе (9,8%), диарея (7,6%), мышечный тремор (7,6%), сухость во рту (6,5%), акатизия (6,5%). Частота побочных эффектов, сопровождавших психофармакотерапию в настоящем исследовании, сопоставима с данными других авторов о характере и частоте нежелательных явлений терапии

различными медикаментозными агентами (антидепрессантами, антипсихотиками) [182,198] и позволяет утверждать, что предложенные в настоящем исследовании терапевтические схемы являются хорошо переносимыми.

\*\*\*

Исследование эффективности дифференцированной психофармакотерапии с использованием комбинации лекарственных препаратов демонстрирует различный ответ выделенных на основании разработанных алгоритмов групп на терапию. Хуже всего поддаются лечению невротические депрессии, манифестирующие в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра. Меньшее по сравнению с остальными 2 группами количество респондеров (63,0% vs 88,9%,  $p < 0,05$ ; 63,0% vs 96,2%,  $p < 0,05$ ) обусловлено неполной редукцией «общего симптомокомплекса», включающего негативные расстройства (в т.ч. явления типа avolition), астенические проявления. Наиболее высокая доля респондеров и скорость терапевтического ответа отмечается у группы пациентов с НД, реализующиеся при аффективной патологии и в качестве психогении на траектории РЛ, со сверхценным психопатологическим комплексом (96,2% респондеров), что отражает меньшую выраженность и полиморфизм психопатологических проявлений.

Полученные результаты нуждаются в дальнейшем уточнении при помощи рандомизированных исследований, так как прямое методологически корректное сравнение эффективности между группами не проводилось.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**Актуальность исследования** невротических депрессий обусловлена их значительной распространенностью. Однако судить о встречаемости НД возможно лишь косвенно, опираясь на данные об их частоте, полученные до полного исключения диагноза «депрессивный невроз» из классификаций [136,157], а также на показатели распространенности «подпороговых» депрессивных состояний (сопоставимых по психопатологическим проявлениям с НД [173,207]). При этом частота невротических депрессий составляет от 0,5 до 4,6%, а при включении в исследование указанных ранее «подпороговых» гипотимических расстройств, и вовсе достигает 15% [107].

Затруднения в оценке встречаемости НД связаны с включением затяжных форм аффективной патологии в рубрику «дистимия» [197] (DSM-III), а более кратковременных гипотимических состояний, схожих по клиническим характеристикам с невротическими депрессиями, в рубрики «депрессивный эпизод» и «рекуррентное депрессивное расстройство», диагностируемые без учета связи с психотравмирующими обстоятельствами.

В свою очередь классификационные сложности опосредованы отсутствием единого мнения касательно клинической картины, типологической дифференциации, особенностей динамики и исходов невротических депрессий. На основании данных исследований, посвященных НД, можно судить лишь о гетерогенности психопатологических проявлений [21,122,166] и диагностической нестабильности заболевания по результатам катамнестического наблюдения [76,141].

По настоящее время также не имеет решения вопрос нозологической принадлежности невротических депрессий. Так, ряд исследователей рассматривает НД в качестве психогении на траектории РЛ, где депрессивный невроз является (нередко) начальным этапом невротического развития [34,69]. Другие авторы указывают на возможность перехода НД (по результатам

катамнестических исследований) в заболевания аффективного круга, а также эндогенно-процессуальную патологию [76,141].

Наряду с указаниями авторов на немаловажный вклад в развитие невротической депрессии личностного фактора (в совокупности с внешними психотравмирующими воздействиями) [26,27,117,133,134,209], остается дискуссионным вопрос о конституциональной предрасположенности пациентов с НД. При этом в большинстве случаев речь идет о характерологических особенностях, соответствующих кластерам В и С (DSM-5), в то время как данные касательно возможности манифестации НД у пациентов с шизоидным, а также шизотипическим РЛ (аномалии кластера А) ограничены [106,127].

Также остаются не разработанными терапевтические алгоритмы и подходы к ведению пациентов с невротическими депрессиями.

Настоящее исследование выполнено в период с 2016 по 2019 гг. Включенные в исследование пациенты проходили лечение в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – академик РАН, проф. А.Б. Смулевич) в ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья» (директор – проф., д.м.н. Т.П. Ключник) и в психотерапевтическом отделении (зав. отделением – д.м.н. Б.А. Волель) Университетской клинической больницы №3 (гл. врач – к.м.н., заслуженный врач РФ В.В. Панасюк) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (ректор – академик РАН, проф. П.В. Глыбочко).

Дизайн исследования предполагал проведение двух этапов:

1 этап – скрининг депрессивных расстройств (285 пациентов) с клиническим обследованием с оценкой психического статуса и применением шкалы НАМ-D и опросника Холмса-Рея для оценки стрессогенных событий (пороговые значения НАМ-D – 8 баллов, опросника Холмса-Рея – 150 баллов). В результате было отобрано 149 пациентов с депрессивными состояниями, манифестировавшими под воздействием психотравмирующих событий.

2 этап – на основании критериев включения и невключения сформирована клиническая выборка (92 пациента) с невротическими депрессиями.

Исследовательские критерии включения (на основании общих признаков заболевания по МКБ-8, МКБ-9 и клинических характеристик в работах, посвященных невротической депрессии): 1) Возраст пациентов от 18 до 65 лет; 2) Непосредственная связь психического неблагополучия с длительно воздействующим стрессогенным фактором; 3) Наличие на момент обследования депрессивного состояния, соответствующего признакам невротической депрессии, включающего в себя персистирующий денотативный комплекс (тревожно-фобический, сверхценный), астено-невротические проявления и соматизированные расстройства на фоне гипотимии; 4) Соответствие выраженности клинических проявлений депрессии легкой / средней степени (F32.0, F32.1, при рекуррентном течении F33.0, F33.1; МКБ-10), дистимии (F34.1); пролонгированной депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации (F43.21); 5) Длительность депрессий не менее шести месяцев.

Критерии невключения: 1) депрессивные эпизоды тяжелой степени (F32.2, F32.3); витальные симптомы депрессии на момент первичного обследования (тоска, патологический циркадный ритм, суицидальные идеации); 2) депрессивные эпизоды в рамках биполярного аффективного расстройства (F31.3), циклотимия (34.0); 3) признаки манифестного шизофренического/шизоаффективного психоза; 4) органическое психическое расстройство (F00-F09, МКБ-10); 5) психические и поведенческие нарушения вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19, МКБ-10); 6) умственная отсталость (F70-F79, МКБ-10); 7) наличие симптомов тяжелой соматической патологии в стадии декомпенсации.

В работе использованы методы: клинико-психопатологический с применением психометрических шкал, клинико-катамнестический, патопсихологический и статистический.

Оценка среднего значения стандартного отклонения проводилась с использованием данных описательной статистики. Для выявления межгрупповых различий применялись точный критерий Фишера, а также

непараметрические методы (U-критерий Манна-Уитни). Статистический анализ осуществлялся при помощи программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc, США). Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования

Клиническая выборка включала 92 пациента (женщин – 85, мужчин – 7), средний возраст которых на момент первичного обследования –  $35,5 \pm 11,6$  лет. Преобладание при гендерном распределении пациентов изученной выборки лиц женского пола (92,4%) согласуется с данными литературы о большей распространенности невротических депрессий у женщин [100,208].

На момент первичного осмотра у половины пациентов имелись признаки социальной дезадаптации: так, несмотря на отсутствие инвалидности по психическому заболеванию, 51,1% длительно не работали, а 39,1% пациентов находились на иждивении у родственников (при имеющемся у подавляющего большинства – 66,3% – высшем образовании). Стоит отметить, что удовлетворительный уровень адаптации в семейной сфере (63,0% пациентов состоят в браке) контрастировал с относительно низким трудовым статусом.

При анализе характерологических особенностей пациентов выборки выявлялся общий паттерн – виктимизация (псевдовиктимизация), определяющая способность становиться «жертвой» длительно существующих психотравмирующих ситуаций (являющихся важным патогенетическим фактором наряду с вкладом личностной predisпозиции), определяющий уязвимость к возникновению невротических депрессий.

В ходе настоящего исследования подтверждена выдвинутая на основе критического анализа литературы рабочая гипотеза, согласно которой НД представляют собой психопатологически гетерогенные состояния с различными особенностями динамики и неоднородностью нозологической принадлежности, исходов, а также различным конституциональным предрасположением.

При этом **типологическая дифференциация** между выделенными группами основывалась на особенностях психопатологического комплекса, в связи с чем были выделены 2 основных группы:

- невротические депрессии с виктимизацией со страхом сепарации – тревожно-фобический комплекс;
- невротические депрессии с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании – сверхценный комплекс.

**Невротические депрессии с виктимизацией со страхом сепарации – тревожно-фобический комплекс.** Данную группу составили 49 пациентов (42 женщины, 7 мужчин, средний возраст –  $38,1 \pm 10,6$  лет).

Депрессии у пациентов данной группы провоцируются фрустрирующими факторами в виде длительных внутрисемейных неурядиц, конфликтов на рабочем месте. При этом облигатным условием является неспособность пациента разрешить психотравмирующую ситуацию: целая совокупность неблагоприятно складывающихся обстоятельств представляется непреодолимой (финансовая зависимость, невозможность нарушить культуральные устои семьи и пр.).

Длительное пребывание в стрессогенной обстановке опосредовано рядом присущих пациентам данной группы личностных паттернов. В первую очередь, общим для всех пациентов личностным паттерном – наличием психастенических свойств. Так, лица данной группы отличаются конформностью, боязливостью, повышенной тревожностью, склонностью к самокопаниям и рефлексии, несамостоятельностью в принятии решений.

Наряду с психастеническими чертами в большинстве случаев пациенты имеют личностные особенности, присущие «моральным мазохистам» (87,7% пациентов) [27] с характерной чрезмерной чувствительностью к недостатку межличностных интеракций, поддержки, руководства со стороны значимых других.

Таким образом, облигатным свойством для всех лиц с невротической депрессией с тревожно-фобическим комплексом является феномен

виктимизации, ассоциированный с невозможностью изменить, покинуть сложившуюся ситуацию с подчас многолетним пребыванием в психотравмирующей обстановке. По существу, пациенты данной группы являются жертвами собственной беспомощности и зависимости.

Среди преморбидных черт у большинства пациентов выявляются личностные девиации, присущие кластеру А (DSM-5): шизоидное расстройство личности (шизоидные невротики [5]) – 10,2% пациентов, шизотипическое расстройство личности (301.22, DSM-5) – 40,8%, а также характерологические особенности комплексной структуры (шизоидные истерики [52]) – 12,2%. У 1/3 пациентов (36,7%) отмечаются конституциональные черты кластеров В и С: тревожные истерики (22,4%) [168]), зависимое РЛ (14,3%).

Во всех изученных случаях речь идет о тревожных депрессиях. На первый план выступает гипотимный аффект с преобладанием подавленности, слезливости (средний балл НАМ-D  $19,0 \pm 4,7$ ). При этом угнетенное настроение неотделимо от персистирующего тревожно-фобического комплекса, определяющегося страхом сепарации [8,163,164].

Пациенты, испытывая желание разрешить длительно существующую психотравмирующую ситуацию (оформить развод с конфликтным супругом, уволиться с не устраивающей работы и пр.), но, сомневаясь в своих способностях самостоятельно обеспечить собственное существование, продолжают пребывать во фрустрирующей обстановке. При этом, в силу личностных особенностей пациентов, любые обстоятельства, требующие даже непродолжительной по времени разлуки с родственниками с необходимостью проявления собственной самостоятельности, непременно приводят к усилению тревоги. В связи с чем денотат депрессии составляют тревожные размышления с идеями неудовлетворенности собственной жизнью, несостоятельности, самоупреки в нерешительности, а также вынужденной зависимости от членов семьи наряду со страхом потери связи со значимыми другими.

В клинической картине также выявляется астено-невротическая симптоматика в виде гиперестетической астении с обостренной



чувствительностью к внешним раздражителям (яркому свету, громким звукам), вялостью, пассивностью, снижением жизненного тонуса, а также с ухудшением памяти, концентрации внимания (среднее значение по шкале MFI-20 –  $56,0 \pm 12,9$ ) [53]. В ряде случаев (44,0%) отмечается присоединение черт реактивной лабильности [145] с неспособностью сдерживать раздражительность в ответ на незначительные внешние стрессовые воздействия.

Среди других симптомокомплексов НД данной группы – соматизированные проявления (у 83,7% пациентов) в виде сердечно-сосудистых, гастроинтестинальных, дыхательных феноменов, а также разнообразных телесных ощущений (внутренний тремор, приливы жара и озноба, парестезии, чувство дурноты, тошноты) [189].

Ухудшение самочувствия пациенты отмечают в вечернее время, что определяется большей выраженностью астенических проявлений. У 87,7% пациентов выявляются нарушения сна по типу ранней инсомнии, что обусловлено наплывами тревожных руминаций. Несмотря на жалобы на сниженный аппетит, выраженной потери массы тела у пациентов не отмечается.

Начало настоящего эпизода НД у пациентов данной группы приходится в среднем на возраст  $36,5 \pm 9,4$  лет. Длительность депрессивных состояний на момент первичного осмотра составляет  $19,1 \pm 8,7$  месяцев.

Среди наиболее часто устанавливаемых диагнозов у пациентов данной группы – расстройства шизофренического спектра (шизотипическое расстройство (МКБ-10, F21) – 32,7%, шизотипическое расстройство личности (DSM-5, 301.22) – 30,6%). В гораздо меньшем количестве случаев определяются заболевания аффективного круга (МКБ-10, F32.1 / F33.1 / F34.1) – 26,5%; расстройства личности (МКБ-10, F60.4) – 10,2%.

**Невротические депрессии с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании, – сверхценный комплекс.** В группу вошли 43 пациента (все женщины, средний возраст –  $32,1 \pm 8,1$  лет).

Триггерным фактором для депрессий у пациентов данной группы является конфликт с объектом любовной привязанности, что сопровождается ожиданием предстоящей потери значимого другого, разрыва отношений.

Все пациенты данной группы имеют отношение к носителям сверхценных образований – «фанатикам чувств» [16] – и обладают конституциональными характеристиками, сопоставимыми со «страстными идеалистами» [14,113] со склонностью к образованию «экстатических» привязанностей [20,72], подчиняющих себе все жизненные устремления. Пациентам данной группы свойственно формирование стойких кататимных образований эротоманической направленности с идеализацией, «обожествлением» объекта любви, попытками построения модели «идеальных» отношений без учета объективных обстоятельств (алкоголизм, тунеядство, частые измены значимого другого) – «небредовая патологическая любовь» [46]. Взаимоотношения с любимым человеком определяются пациентами как единственно приоритетные, в то время как другие сферы жизни (профессиональная, социальная) представляются менее значимыми.

Пациентам присущи личностные девиации комплексной структуры с ведущей истерической дименсией – истеро-паранойяльное [35] (83,7% пациентов) и гистрионное РЛ (16,3% пациентов).

При этом в подавляющем большинстве случаев сами пациенты являются инициаторами конфликтных ситуаций (в силу присущей им эгоцентричности, капризности, при неспособности к поддержанию и строительству эмоционально глубоких отношений), впоследствии принимая экстрапунитивную позицию и рассматривая себя в роли жертвы несправедливого отношения значимого другого или внешних обстоятельств. Таким образом, в отличие от первой группы (с явлениями виктимизации), происходит формирование псевдовиктимной позиции.

Денотат депрессии определяется кататимным комплексом, ассоциированным с неспособностью разорвать нескладывающиеся отношения с избранником в силу патологической любви, что ведет в итоге к длительному

(подчас многолетнему) пребыванию в психотравмирующей обстановке. Доминирующее место занимают идеи недовольства объектом привязанности с обвинением в незаинтересованности, неверности, выставлением значимого другого в качестве виновника неблагополучия, несоответствии партнера романтическим ожиданиям пациента.

У большинства пациентов (83,7% случаев) в содержательном комплексе депрессии также преобладают образные воспоминания о связанных с объектом привязанности событиях (неотвязно воспроизводятся «картины» встреч с избранником, особенности его внешнего вида вплоть до мельчайших деталей, моделирование дальнейшего развития событий) с возникающими наряду с этим стойкими, по типу овладевающих, представлениями сцен возможных изменений [54,63]. В ряде случаев кататимные образования усложняются за счет присоединения элементов магического мышления (с ощущением особой «духовной связи с партнером», «предначертанности» встреч, «знаков», сулящих благоприятное развитие отношений).

Депрессивная симптоматика возникает в первые же сутки после воздействия психотравмирующего фактора и соответствует клинической картине истеро-депрессии с преобладанием плаксивости, раздражительности. Несдержанность в кругу близких, контрастирует с умением проявить самообладание на рабочем месте. Подавленность, выявляемая при НД у пациентов данной группы, также сочетается с проявлениями подчеркнутой демонстративности. Пациенты жалуются на тягостное чувство в теле, в за грудиной проекции, красочно сравнивая эти сенсации с ощущением «царапания, раздиранья словно когтями», «прокалывания будто ножом» в области сердца. При этом уровень аффективных расстройств менее глубокий по сравнению с первой группой (средний балл HAM-D -  $11,8 \pm 3,4$  vs  $19,0 \pm 4,7$ ,  $p < 0,01$ ).

В структуре депрессивных состояний выявляются конверсионные (ком в горле, дисфагия, афония, тремор, анестезии в различных участках тела,

истероалгии) и органоневротические (в виде гипервентиляционного и кардионевротического синдромов) расстройства.

В отличие от группы пациентов с НД с явлениями виктимизации со страхом сепарации, значимых клинических признаков астении либо не обнаруживается, либо астенические проявления соответствуют легкой степени выраженности (средний балл MFI-20 –  $27,8 \pm 6,7$  vs  $56,0 \pm 12,9$ ,  $p < 0,01$ ).

Нарушения сна по типу поверхностного с кошмарными сновидениями и ранней инсомнией отмечаются у 83,7% пациентов, снижение аппетита со значимой потерей в весе – у 41,9%.

Стоит отметить, что у большинства пациентов (74,4%) еще в подростковом возрасте любовные коллизии становятся источником психогений (длительностью до 10-14 дней), сопровождающихся невыраженной гипотимией и конверсионной симптоматикой.

Начало настоящего эпизода НД у пациентов данной группы приходится в среднем на более ранний, по сравнению с первой группой, возраст  $30,5 \pm 7,6$  лет (vs  $36,5 \pm 9,4$  лет). Длительность депрессивных состояний на момент первичного осмотра меньше, чем у пациентов с НД с явлениями виктимизации со страхом сепарации, и составляет  $10,9 \pm 4,7$  месяцев (vs  $19,1 \pm 8,7$  месяцев,  $p < 0,01$ ).

У пациентов с НД с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании, преобладающим является диагноз «расстройство личности» (МКБ-10, F60.4) – 65,1% случаев, реже выявляется аффективная патология (МКБ-10, F32.1 / F33.1 / F34.1) – 34,9%.

**Аспекты динамики и нозологическая принадлежность невротических депрессий** также отличаются гетерогенностью.

Катамнестические сведения, отражающие особенности динамики невротической депрессии, получены у 70 пациентов (женщин – 65, мужчин – 5). Средний возраст пациентов на момент катамнестического обследования составлял  $36,8 \pm 12,0$  лет.

Средняя длительность катамнеза составляла  $19,6 \pm 6,4$  месяцев.

Установлено, что невротические депрессии могут реализоваться в рамках различной нозологии: при расстройствах шизофренического спектра – 27 пациентов (38,6%), в рамках аффективной патологии (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, дистимия) – 24 случая (34,3%), а также в качестве психогений на траектории РЛ – 19 пациентов (27,1%).

Среди выявляемых аспектов динамики НД, выявляемых на момент катамнестического обследования, удастся определить 3 варианта течения заболевания: а) затяжное по типу дистимии – 27,1% пациентов, б) ремиссия при рекуррентном течении (синдромальная, симптоматическая) – 40,1% случаев, в) рецидив при рекуррентном течении в виде повторных аффективных фаз (психогенных, аутохтонных) – 32,8% пациентов.

При рассмотрении социо-демографических показателей на момент катамнестического обследования удастся установить, что пациенты с НД, возникающими в качестве психогений на траектории РЛ, во всех случаях сохраняют присущую ранее работоспособность. В то время как у большинства пациентов с НД, возникающей в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра (92,6%), определяется снижение трудовой квалификации. При этом, следует отметить, что 20,8% пациентов с невротическими депрессиями, возникающими в рамках патологии аффективного круга, вернулись к работе на фоне проводимой терапии (при отсутствии трудовой занятости на момент первичного осмотра).

Среди показателей семейного статуса важно отметить, что, несмотря на выявляемый более высокий уровень адаптации в семейной сфере у пациентов с НД при расстройствах шизофренического спектра (92,6%) и в рамках аффективной патологии (95,8%), данное обстоятельство не свидетельствует о благополучности складывающихся отношений (наоборот, в подавляющем числе случаев – 62,5% – внутрисемейные неурядицы являются ведущими психотравмирующими событиями).

По результатам клинико-динамического наблюдения удастся установить ряд клинических маркеров (выявляемых уже на момент первичного осмотра),

позволяющих судить о нозологической принадлежности НД. Так, предиктивными в отношении развития НД в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра являются симптомы типа avolition [83,119,191], процессуальные нарушения когнитивных функций, а также наличие в преморбиде характерологических особенностей кластера А [12,56,57,63,96,108,143,150]. На формирование НД в рамках аффективной патологии указывают наличие депрессивных фаз в анамнезе, явления девитализации, циркадианный ритм в состоянии [22,59,87,152,205,216]. О возникновении депрессивного невроза в качестве психогении на траектории РЛ свидетельствует определяемая истеро-депрессия с ведущим аффектом в виде раздражительности, дисфоричности [189], а также представленная в клинической картине полиморфная конверсионная симптоматика без сопутствующих витальных проявлений [26,34,122].

**Невротические депрессии, формирующиеся в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра (27 пациентов, женщин – 22, мужчин – 5; средний возраст –  $37,1 \pm 8,9$  лет),** на момент катамнестического обследования характеризуются наличием в клинической картине явлений негативной аффективности в виде апатии, ангедонии, а также астении. При этом в структуре депрессивных расстройств (НАМ-D  $18,3 \pm 4,7$  балла) преобладающими являются снижение побуждений к деятельности, затруднение в выполнении повседневных видов активности, пассивность, что определяется неспособностью проявить волевое усилие в сочетании с безразличием к окружающему. Также среди клинических проявлений – ослабление соматочувственных влечений с исчезновением чувства отдыха после сна, снижение аппетита [22].

Наряду с депрессивными проявлениями определяются симптомокомплексы, присущие заболеваниям шизофренического спектра – негативные расстройства по типу avolition [61,118], выраженные астенические проявления, а также нарушения когнитивных функций в виде резонерства, амбивалентности, шперрунгов. По данным патопсихологического обследования

на момент катанеза у 77,8% пациентов выявляются апатоабулические расстройства со средним баллом по шкале «апатия-абулия» SANS  $3,4 \pm 0,4$ , в пункте «волевые нарушения» PANSS  $4,7 \pm 0,9$  балла, высокие показатели астенических проявлений – MFI-20  $80,0 \pm 9,9$ .

Стоит отметить, что у 70,4% пациентов явления типа avolition (апатия, абулия) выявляются еще на момент первичного осмотра (средний балл «апатия-абулия» SANS –  $3,1 \pm 0,7$  ( $p < 0,01$ ), «пассивная социальная самоизоляция» PANSS –  $4,5 \pm 0,9$  ( $p < 0,01$ ), «волевые нарушения» PANSS —  $4,4 \pm 1,1$  ( $p < 0,01$ )), что сочетается с астеническими проявлениями от средней до тяжелой степени выраженности (MFI-20 –  $70,0 \pm 15,3$ ).

Негативные симптомы (явления типа avolition) выступают в качестве «общих синдромов» совместно с патохарактерологическими расстройствами (являющимися вторичными по отношению к базисным дефицитарным изменениям) [61]. При этом при воздействии негативных расстройств происходит трансформация конституциональных аномалий с генерализацией ранее латентных, не являющихся превалирующими в личностном профиле характерологических дименсий («минус-радикалы» [193]) – психастенических черт [45,61]. Формирующийся у пациентов синдром псевдопсихастении сопровождается усилением выраженности нерешительности, неуверенности в себе, склонности к сомнениям, зависимости от членов семьи с сознанием собственной беспомощности и несостоятельности. Нарастание дефицитарной симптоматики сопровождается появлением реактивной лабильности, что определяет несоразмерную чувствительность пациентов даже к малейшим неурядицам (небольшая размолвка с супругом, повышение нагрузки на работе с увеличением степени ответственности) и, как следствие, приводит к выбору непродуктивных моделей преодолевающего поведения, избеганию разрешения конфликта [155,167].

Полученные катанестические данные свидетельствуют о неблагоприятном прогнозе при НД, формирующихся в рамках расстройств шизофренического спектра, что подтверждается данными о том, что 51,9%

пациент на момент катамнестического обследования не работали более 12 месяцев.

У пациентов данной группы доминирующими в преморбиде являются характерологические особенности, присущие лицам кластера А (DSM-5): шизоидное РЛ («шизоидные невротики» [5]) – 18,5%, шизотипическое РЛ – 59,3%, шизоидные истерики – 22,2%.

**Для невротических депрессий, возникающих в клиническом пространстве аффективной патологии (24 наблюдения, все женщины; средний возраст – 39,3±9,8 лет)** характерно наличие в структуре психопатологических проявлений эндоформных черт, нарушений витальных функций (укорочение сна, снижение аппетита, патологический циркадианный ритм [22,59,87,152, 205,216]).

При этом, у пациентов выявляется эмоциональная лабильность, сопряженная с неустойчивостью аффективного фона, низким порогом чувствительности к психотравмирующим воздействиям, что является одним из важнейших факторов уязвимости к развитию депрессивных состояний [58] – предиктивным клиническим маркером. Так, в 68,0% случаев зарегистрирована склонность к возникновению гипотимических / «подпороговых» эпизодов в анамнезе.

Сами аффективные состояния имеют вид циклотимии на гетерогенной почве. Так, у пациентов в преморбиде выявляются патохарактерологические особенности, присущие лицам неаффективного кластера (с ведущими тревожной и/или истерической дименсией [34]).

В соответствии с, в первую очередь, характеристиками динамики (рекуррентное течение, течение по типу дистимии), а также гетерогенностью клинических проявлений аффективных фаз выделены 2 подгруппы пациентов.

**Подгруппу с НД, формирующимися при рекуррентной аффективной патологии, составляют 15 пациентов (все женщины), средний возраст - 39,3±9,4 лет.**



На первом плане среди психопатологических проявлений – тоска, лишенная свойств физикальности: преимущественно идеаторного содержания [66]. В денотате депрессии доминируют идеи малоценности, бесперспективности, а также упреки в собственной неудачливости, неспособности выйти из длительно существующей стрессогенной ситуации (средний балл HAM-D –  $23,6 \pm 6,8$ ).

У пациентов данной группы также выявляются жалобы на апатию в виде потери интересов к различным видам деятельности, безразличия к окружающему, ангедонию, что отличает апатическую симптоматику от таковой при НД, возникающих в рамках расстройств шизофренического спектра и сопровождающихся преобладанием мотивационного и волевого снижения [65]. При этом, выраженность апатии и ангедонии у пациентов данной группы является значимо меньшей по сравнению с таковыми при НД при расстройствах шизофренического спектра (средние показатели подшкалы «апатия-абулия» SANS  $0,7 \pm 0,3$  ( $p < 0,01$ ), «ангедония-асоциальность» SANS  $0,8 \pm 0,3$  ( $p < 0,01$ ), «пассивная/апатическая социальная самоизоляция» PANSS  $1,5 \pm 0,3$  ( $p < 0,01$ ), «волевые нарушения» PANSS  $1,4 \pm 0,5$  ( $p < 0,01$ )).

Наряду с тоской и апатией в клинической картине выявляются астенические расстройства (MFI-20  $67,6 \pm 12,5$ ), формирующие комплекс «витальной астении» [28].

В структуре депрессий данной подгруппы отмечается патологический циркадианный ритм, который ассоциирован с утяжелением в утренние часы астено-апатических расстройств. Определяется снижение аппетита с потерей массы тела, нарушения сна.

При исследовании динамических аспектов депрессивных состояний удается выявить, что все пациенты рассматриваемой подгруппы на момент первичного обращения принадлежали к группе НД с явлениями виктимизации со страхом сепарации – тревожно-фобический комплекс. Однако, согласно данным катамнеза можно установить, что структура депрессивных состояний

претерпевает значимые изменения. Наряду с расширением клинической картины за счет витальных расстройств, на первый план выступают идеи малоценности, бесперспективности, в то время как ранее существовавший денотативный комплекс с тревожными руминациями инкапсулируется и более не является ведущим в состоянии.

Следует отметить, что выявляется тенденция к аутохтонной манифестации аффективных расстройств со снижением триггерных функций психотравмирующих обстоятельств по мере увеличения количества депрессивных фаз [140,183].

В случае рекуррентного течения депрессии, аффективные фазы разделены синдромальными ремиссиями (средний балл НАМ-D  $5,9 \pm 1,4$ ). По мере течения заболевания увеличивается длительность госпитализаций, что сопровождается временным снижением уровня трудовой и социальной адаптации (33,3% пациентов временно переставали работать). Выявляемая особенность может косвенно свидетельствовать о возможной хронификации невротических депрессий на отдаленных этапах течения [76,123].

Данную подгруппу составляют пациенты, имеющие в преморбиде патохарактерологические особенности, присущие лицам неаффективного кластера (тревожные истерики [168] – 53,3%, лица с зависимым РЛ (DSM-5) – 46,7%). При этом предрасположенность к возникновению депрессивных состояний на фоне негативных событий обуславливает наличие среди облигатных характерологических особенностей черт зависимости [73].

Среди наиболее важных клинических особенностей в подгруппе с НД, реализующимися в рамках аффективной патологии, протекающей по типу дистимии (9 пациентов, все женщины, средний возраст  $33,2 \pm 8,7$  лет) – амальгамирование аффективных и личностных расстройств. Так, симптомы депрессии (с показателями НАМ-D преимущественно легкой степени –  $12,3 \pm 2,1$  балла) в виде раздражительности, дисфоричности, пессимистичности начинают восприниматься пациентами в качестве приобретенной черты характера

(«характерологическая депрессия» / «характерологическая дистимия» – «characterological depression» [28,78,123]).

По мере течения заболевания содержательные комплексы, лежащие в основе всех депрессивных состояний (сверхценный, тревожно-фобический), также претерпевают изменения. На первый план выходит общая пессимистическая настроенность с негативной оценкой настоящего, беспокойство за собственное будущее, представляемое в мрачных тонах, опасения лишиться поддержки / остаться в одиночестве, сосредоточенность на печальных сторонах жизни [79]. При этом происходит амплификация вследствие перенесенной депрессии конституциональных дименсий с раздражительностью, требовательностью, манипулятивностью и пр. [58].

В клинической картине выявляются разнообразные соматизированные, органоневротические, конверсионные феномены, а также жалобы на быструю психическую утомляемость (однако средний балл MFI-20 не превышает показателей легкой степени –  $34,8 \pm 7,9$  баллов), замедленность когнитивных процессов.

В состоянии определяется правильный суточный ритм, нарушения сна и аппетита.

В преморбиде пациентов данной подгруппы отмечаются личностные особенности комплексной структуры с ведущей истерической дименсией: истеро-паранойяльные – 66,7%, гистрионное РЛ – 33,3%.

**Пациентов с НД, возникающими в качестве психогений на траектории расстройств личности (19 пациентов, все женщины; средний возраст –  $33,7 \pm 7,9$  лет) также можно разделить на две подгруппы.**

При этом деление на подгруппы проводится не на основании различий по типу течения, но по ведущим клиническим характеристикам в связи с тем, что гипотимические состояния представляют собой психогении, имеющие непосредственную временную связь с психотравмирующими обстоятельствами, возникающие и поддающиеся обратному развитию соразмерно с началом и окончанием воздействия фрустрирующего фактора.

**В подгруппе пациентов с НД, формирующимися в качестве психогений на траектории РЛ и имеющей вид истероидной дисфории [158] (n=16, средний возраст 33,1±8,4 лет), клинически депрессивные состояния представляют собой истеро-депрессию со слезливостью, раздражительностью, а также конверсионной симптоматикой, представляя собой атипичные депрессивные состояния [177] (что психопатологически соответствуют невротическим депрессиями с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании – сверхценный комплекс – см. главу 3).**

**Подгруппу с тревожно-невротическими депрессиями в рамках РЛ составляют 3 пациента, все женщины, средний возраст 36,2±8,4 лет. В клинической картине на фоне гипотимии ведущее место занимает анксиозная симптоматика (тревожно-фобический комплекс), а также астено-невротические проявления и органоневротические расстройства – невротические депрессии с явлениями виктимизации со страхом сепарации (см. главу 3).**

Несмотря на отличия в клинических проявлениях НД, по мере динамики депрессивных состояний обеих указанных подгрупп не происходит изменений структуры аффективных симптомокомплексов. Неизменным остается и содержательный комплекс, продолжающий занимать ведущее место среди психопатологических проявлений.

Выраженность депрессивной симптоматики соответствует показателям отсутствия / легкой степени по НАМ-D - 7,1±3,9 балла. Данный факт обусловлен тем, что на момент катamnестического обследования у подавляющего большинства пациентов (63,2%) определялась синдромальная ремиссия, у оставшихся 36,3% – повторная НД по типу психогении на траектории РЛ, непосредственно связанная с сохраняющимися психотравмирующими обстоятельствами (внутрисемейными неурядицами, конфликтами со значимым другим).

Несмотря на отличия в клинической картине НД, по мере динамики депрессивных состояний обеих подгрупп не происходит изменений структуры аффективных симптомокомплексов. Содержательный комплекс также остается

неизменным и продолжает занимать ведущее место среди психопатологических проявлений.

Отмечается расширение полиморфизма конверсионной и органоневротической симптоматики, что приводит к формированию в ряде случаев (47,4%) ипохондрической фиксации на собственном состоянии [10,34,189].

По результатам катамнестического обследования у 42,1% пациентов выявляется возникновение клишированных гипотимических эпизодов, непосредственно связанных с сохраняющимися фрустрирующими обстоятельствами (внутрисемейными неурядицами, конфликтами со значимым другим).

Отличительной особенностью среди преморбидных черт является наличие ведущей истерической дименсии, наиболее часто определяемой в качестве предрасполагающей к развитию невротической депрессии в качестве психогении на траектории РЛ [21,29,33].

Пациенты данной группы сохраняют достаточно высокий уровень социальной адаптации: на момент первичного обращения и катамнестического обследования 100,0% пациентов работали, поддерживали многочисленные межличностные контакты и пр.

## Терапия

Проведенное исследование лечения НД включало оценку эффективности терапии гипотимических состояний в соответствии с разработанными в диссертации типологической и нозологической дифференциацией (70 пациентов).

Длительность наблюдения за пациентами в терапевтическом исследовании составляла 3 месяца (12 недель). Такая продолжительность связана с данными о затяжном течении НД, что, соответственно, требует достаточно длительного лекарственного вмешательства.

Средняя продолжительность лечения в стационаре составляла  $36,2 \pm 14,6$  дней. Остальное время из 12 недель пациенты наблюдались амбулаторно.

Оценка эффективности терапии проводилась раз в неделю во время пребывания в стационаре, а затем по истечении первого, второго и третьего месяцев терапии.

Все пациенты сформированной выборки проходили курсы психотерапевтических сессий и получали таблетированную терапию. Необходимость назначения лекарственных агентов (в том числе и их парентеральных форм) обуславливалась характером дезадаптации пациентов (см. главу 2), затяжным характером гипотимических состояний (не менее 6 месяцев), в ряде случаев – рекуррентным течением, отсутствием значимого улучшения на фоне изолированного проведения психотерапии, а также неэффективностью ранее назначаемого амбулаторного лечения.

В связи с описанными в настоящем исследовании гетерогенностью психопатологических проявлений и особенностями психогенеза заболевания с реализацией НД в клиническом пространстве различных нозологий сформированы группы пациентов, в каждой из которых лечение проводилось по отдельным алгоритмам, включающим 2 основных этапа.

Так, на **1 этапе** исследования эффективности дифференцированных подходов к терапии НД, произведено разделение пациентов на группы в соответствии с **нозологической принадлежностью НД**. Первоначально выделены случаи НД, формирующиеся в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра, в связи с тем, что терапия депрессий у пациентов данной группы подразумевает иной подход по сравнению с аффективными заболеваниями с ориентировкой на имеющиеся в клинической картине негативные симптомы (в т.ч. явления типа avolition), астенические расстройства. Формирование различных подходов к терапии депрессий, манифестирующих в рамках аффективной патологии и динамики РЛ (в соответствии с существующими современными рекомендациями) не проводилось – наличие у

пациентов с депрессивным состоянием коморбидного РЛ не приводит к изменению подходов к терапии самой депрессии (ось I и ось II, DSM-5).

На **2 этапе** дифференцированное назначение терапии определяется доминирующим в клинической картине НД **психопатологическим симптомокомплексом**.

При этом у всех пациентов с невротическими депрессиями, реализующимися в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра, ведущим является тревожно-фобический содержательный комплекс. Оставшиеся пациенты с НД, возникающими при аффективной патологии и в качестве психогений на траектории РЛ, разделены в соответствии с типологической дифференциацией: с тревожно-фобическим и сверхценным комплексом.

Динамика состояния регистрировалась не только клинически, но при помощи батареи психометрических шкал. При этом первичной точкой оценки состояния являлась динамика балла шкалы оценки депрессии HAM-D. Эффективность / неэффективность терапии устанавливалась на основании достижения 50% редукции баллов шкалы от зарегистрированного в начале исследования (терапевтический ответ, респонс). Показатели остальных шкал (CGI, MFI-20, SANS, PANSS, SCL-90) использовались в качестве вторичных точек оценки состояния. Нежелательные эффекты терапии регистрировались по Шкале оценки побочных эффектов (UKU).

Дозы препаратов титровались с начальных до среднетерапевтических. Замена терапии, либо ее аугментация осуществлялась при отсутствии терапевтического ответа раз в месяц во время оценки эффективности терапии.

Помимо психофармакотерапии все пациенты обсуждаемой выборки проходили курс индивидуальной психотерапии. Отдельная оценка эффективности психотерапии и сравнение различных психотерапевтических методик при НД не входила в задачи настоящего исследования.

Таким образом, на основании результатов 1 и 2 этапов исследования получены дифференцированные схемы выбора терапии и оценки ее

эффективности с учетом гетерогенности психопатологических характеристик и реализации НД в клиническом пространстве различных нозологий с формированием 3 групп пациентов.

В результате разработки терапевтических алгоритмов определены основная и дополнительные мишени, в отношении которых должно осуществляться медикаментозное вмешательство. Так, основной мишенью терапии являлась непосредственно депрессивная симптоматика, в то время как дополнительные мишени были специфичны для каждой из выделенных групп.

**При невротических депрессиях, формирующихся в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра (n=27),** дополнительная мишень – негативные расстройства, астеническая симптоматика. С целью наиболее быстрого достижения значимого терапевтического эффекта проводилась аугментация психофармакологического воздействия антидепрессанта (преимущественно из группы СИОЗС / СИОЗСиН) при помощи атипичных антипсихотиков (кветиапин, оланзапин, арипипразол) [37,86,109,192].

Во время стационарного лечения пациенты получали курс парентеральных препаратов: сульпирид в/в капельно + транквилизатор (диазепам/бромдигидрохлорфенилбензодиазепин) в/в капельно. В ряде случаев при доминировании в клинической картине астенической симптоматики проводились также внутривенные инфузии ноотропного препарата пирацетама [15].

По прошествии периода 3 месяцев отмечалось значимое уменьшение выраженности депрессивных расстройств – показатели HAM-D  $9,1 \pm 1,4$  балла (vs  $17,7 \pm 5,2$ ,  $p < 0,05$ ). При этом стоит отметить, что доля респондентов по результатам шкалы CGI-I была не столь высока – 63,0%. Недостаточная редукция клинических проявлений при НД, возникающих в клиническом пространстве заболеваний шизофренического спектра, обуславливалась наличием в структуре психопатологических симптомокомплексов негативных расстройств. Так, происходила значимая ( $p < 0,05$ ), но не достигающая 50%



редукция астенических проявлений в MFI-20 ( $50,1 \pm 9,5$  vs  $70,0 \pm 15,3$  балла) и негативных симптомов по подшкалам SANS «апатия-абулия» -  $3,1 \pm 0,7$  (vs  $2,7 \pm 0,5$  балла), «ангедония-асоциальность» -  $2,2 \pm 0,6$  (vs  $1,6 \pm 0,4$  балла), PANSS «волевые нарушения» -  $4,4 \pm 1,1$  (vs  $3,6 \pm 1,0$  балла); «снижение коммуникабельности» -  $4,2 \pm 0,8$  (vs  $3,3 \pm 0,9$  балла); «пассивная социальная самоизоляция» -  $4,5 \pm 0,9$  (vs  $3,5 \pm 0,9$  балла).

Среди психотерапевтических методик наиболее эффективны техники когнитивно-поведенческой (метакогнитивной) терапии [93,148], направленные на предотвращение аутизации пациентов, повышение их социальной и трудовой активности, коррекцию негативных расстройств, формирование копинг-стратегий в отношении ситуаций, связанных с болезнью и лечением, а также коррекцию поведенческих реакций со склонностью к зависимости от значимого другого, проработку внутрисемейных конфликтов.

**У пациентов с невротическими депрессиями с тревожно-фобическим комплексом, формирующимся в рамках аффективной патологии и на траектории РЛ (n=20), мишенями терапии являлись тревога, соматизированные проявления и астеническая симптоматика. В связи с этим наряду с антидепрессантом (преимущественно СИОЗС, в меньшем числе случаев – НАССА, значительно реже – СИОЗСиН) с целью более эффективного воздействия на тревожную симптоматику, особенно в первые дни терапии, назначались транквилизаторы бензодиазепинового ряда (клоназепам, алпразолам, а также небензодиазепиновый анксиолитик этифоксин) [109].**

При неэффективности монотерапии антидепрессантом/комбинации с транквилизатором в отношении тревожной и соматизированной симптоматики в рамках депрессий в данной группе к схеме присоединялись препараты габапентиноидного ряда (прегабалин, габапентин) [89], реже – кветиапин [137,149].

Во время нахождения в стационаре пациентам проведен курс парентеральной терапии. Наряду с внутривенными капельными вливаниями бензодиазепиновых транквилизаторов, также применялись инфузии с

трициклическими антидепрессантами (амитриптилин или кломипрамин), реже – с сульпиридом.

При оценке по CGI-I процент респондеров к окончанию трех месяцев терапии составил 88,9%. Выявлено значимое снижение выраженности депрессивной симптоматики – средний балл HAM-D  $8,1 \pm 3,1$  (vs  $19,3 \pm 4,8$ ,  $p < 0,01$ ).

Также выявлена значимая редукция астенических проявлений – средний суммарный балл MFI-20  $29,6 \pm 5,7$  (vs  $50,0 \pm 7,2$ ,  $p < 0,01$ ), что соответствует отсутствию астенических проявлений/их легкой степени выраженности. Отмечается достигающая 50% редукция среднего суммарного балла по подшкалам «тревожность» и «соматизация» SCL-90:  $1,0 \pm 0,1$  vs  $2,1 \pm 0,3$  ( $p < 0,01$ ),  $0,9 \pm 0,1$  vs  $2,2 \pm 0,2$  ( $p < 0,01$ ) соответственно.

Наиболее предпочтительными в коррекции тревожно-фобических симптомокомплексов среди психотерапевтических подходов являются методики когнитивно-поведенческой терапии, а также семейная психотерапия, направленные на исправление дисфункциональных отношений со значимым другим.

В отношении терапии **невротических депрессий со сверхценным комплексом (в рамках аффективной патологии по типу характерологической дистимии и в качестве психогении на траектории РЛ) (n=23)** необходимым являлось воздействие на такие дополнительные мишени терапии как дисфория, конверсионная симптоматика. Проводилась комбинация антидепрессанта из группы СИОЗС / АМАСР (либо мультимодального антидепрессанта) с «малыми» антипсихотиками, которые выполняли роль «корректоров поведения» (перициазин, алимемазин, значительно реже – кветиапин в малых дозах – до 50 мг/сут). Данная группа препаратов назначалась и с целью воздействия на конверсионную симптоматику [10].

Сульпирид у пациентов данной группы назначался преимущественно парентерально.

Нужно отметить, что уже к окончанию второго месяца лечения выявлялись различия (по сравнению с исходным уровнем) по признаку редукции депрессивных симптомов по шкале НАМ-D (средний балл составлял  $7,5 \pm 3,2$ ), достигающие статистически значимых показателей  $6,2 \pm 1,4$  (vs  $12,4 \pm 3,3$ ,  $p < 0,01$ ) к концу третьего месяца терапии.

Отмечалась значимая редукция баллов по подшкалам SCL-90 «враждебность»  $1,2 \pm 0,1$  vs  $2,0 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ) и «соматизация»  $0,5 \pm 0,1$  vs  $1,6 \pm 0,2$  ( $p < 0,01$ ).

При доминировании в клинической картине сверхценного комплекса целесообразно использование рациональной, суггестивной, интерперсональной психотерапии. При этом у пациентов со сверхценной привязанностью эффективными в отношении предотвращения рецидивов аддиктивного поведения (love addiction [115]) является когнитивно-поведенческая психотерапия, позволяющая сформировать стабильную установку на профессиональную деятельность (в форме трудовой аддикции).

Установлено, что (несмотря на имеющиеся указания на высокую встречаемость индивидуальной чувствительности у пациентов с НД к проводимой психофармакотерапии [121]) частота побочных эффектов в настоящем исследовании сопоставима с данными других авторов о характере и частоте нежелательных явлений терапии различными медикаментозными агентами (антидепрессантами, антипсихотиками) [182,198]. Таким образом, предложенные в настоящем исследовании терапевтические схемы являются хорошо переносимыми.

Исследование эффективности дифференцированной психофармакотерапии с использованием комбинации лекарственных препаратов демонстрирует различный ответ выделенных на основании разработанных алгоритмов групп на терапию. Хуже всего поддаются лечению невротические депрессии, манифестирующие в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра. Меньшее по сравнению с остальными 2 группами количество респондеров ( $63,0\%$  vs  $88,9\%$ ,  $p < 0,05$ ;  $63,0\%$  vs  $96,2\%$ ,  $p < 0,05$ )

обусловлено неполной редукцией «общего симптомокомплекса», включающего негативные расстройства (в т.ч. явления типа avolition), астенические проявления. Наиболее высокая доля респондеров и скорость терапевтического ответа отмечается у группы пациентов с НД, реализующиеся при аффективной патологии и в качестве психогении на траектории РЛ, со сверхценным психопатологическим комплексом (96,2% респондеров), что отражает меньшую выраженность и полиморфизм психопатологических проявлений.

## ВЫВОДЫ

Клинический анализ репрезентативной выборки пациентов с невротическими депрессиями позволил сформулировать следующие выводы:

1. Невротические депрессии – это гипотимические состояния, возникающие под воздействием длительно существующих фрустрирующих обстоятельств, клиническая картина которых характеризуется неглубоким уровнем депрессивных расстройств и включает в себя персистирующий денотативный комплекс, астено-невротические проявления и соматизированные симптомокомплексы.

Гетерогенность невротических депрессий (НД) определяется психопатологическим (денотативным) комплексом: 1 группа – НД с явлениями виктимизации со страхом сепарации – тревожно-фобический комплекс, 2 группа – НД с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании, – сверхценный комплекс.

1.1 При НД с явлениями виктимизации со страхом сепарации клиническая картина соответствует тревожной депрессии, характеризующейся умеренной степенью выраженности депрессивных расстройств (НАМ-D -  $19,0 \pm 4,7$  балла) и астено-невротической симптоматики (MFI-20 -  $56,0 \pm 12,9$  балла). НД реализуются при соучастии неспецифических фрустрирующих воздействий и личностного паттерна виктимности.

1.2 Клиническая картина НД с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании, определяется истеро-депрессией с конверсионными расстройствами с более легкой степенью выраженности депрессивной симптоматики (НАМ-D -  $11,8 \pm 3,4$  балла,  $p < 0,01$ ) и астенических расстройств (MFI-20 -  $27,8 \pm 6,7$  балла,  $p < 0,01$ ). НД возникают при соучастии специфического стрессогенного воздействия (конфликт с объектом сверхценной привязанности) и облигатного личностного паттерна – псевдовиктимности.

2. Нозологическая квалификация НД осуществляется с учетом особенностей их динамики и реализуется в рамках различных заболеваний: расстройства шизофренического спектра (38,6%), аффективная патология (34,3%), психогения на траектории РЛ (27,1%).

3. Выделенные денотативные комплексы НД (тревожно-фобический, сверхценный) обладают прогностической информативностью и соотносятся с динамикой заболевания: тревожно-фобический более предиктивен для НД, формирующихся в рамках расстройств аффективного (28,6%) и шизофренического (63,2%,  $p < 0,01$ ) спектров; сверхценный – для НД, возникающих в качестве психогении на траектории РЛ (67,4%,  $p < 0,01$ ).

4. Среди факторов, соучаствующих в формировании НД, наибольшее значение имеют личностные паттерны (виктимность/псевдовиктимность) и характеристика фрустрирующих обстоятельств.

4.1 Личностный паттерн виктимности/псевдовиктимности обнаруживается преимущественно у пациентов с РЛ кластера В (58,7%) и А (33,7%), реже – у лиц кластера С (7,6%).

4.1.1 Для пациентов с виктимностью характерны более высокие показатели SCL-90 по шкале «тревожность» –  $1,9 \pm 0,4$  балла ( $p < 0,01$ ), в ОЧХ-В акцентуация по шкалам эмотивности, тревожности, дистимности; среди пациентов с псевдовиктимностью – высокие баллы по шкале «враждебность» SCL-90 –  $2,0 \pm 0,4$  ( $p < 0,01$ ), акцентуация в ОЧХ-В по шкалам демонстративности, возбудимости, застреваемости, экзальтации, циклотимности.

4.2 Характеристики фрустрирующих обстоятельств специфичны только для НД с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании: неудачи в личной сфере, взаимоотношениях с объектом «экстатической влюбленности». Для пациентов с НД с явлениями виктимизации со страхом сепарации не выявлено специфического психотравмирующего воздействия.

5. Основным методом лечения невротических депрессий (наряду с психотерапевтическими мероприятиями) является психофармакотерапия. Дифференцированные подходы к терапии соотносятся с психопатологической структурой денотативного комплекса и нозологической принадлежностью НД.

5.1 Терапия НД с тревожно-фобическим комплексом в рамках аффективной патологии и РЛ эффективна (88,9% респондеров) при назначении комбинированной схемы: антидепрессант (преимущественно СИОЗС / НАССА / ТЦА) + транквилизатор/препарат габапентиноидного ряда.

5.2 При терапии НД со сверхценным комплексом, реализующихся в рамках аффективной патологии и РЛ, эффективной (96,2% респондеров) является комбинация: антидепрессант (в основном СИОЗС / мультимодальный / АМАСР) + «малый» антипсихотик (перициазин, алимемазин).

5.3 При терапии НД, возникающих в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра, эффективна (63,0% респондеров) комбинация: антидепрессант (преимущественно СИОЗС / СИОЗСиН) + атипичный антипсихотик.

5.4 Психотерапия проводится с учетом типологии невротических депрессий: с направленностью в коррекции тревожно-фобических симптомокомплексов на исправление дисфункциональных отношений со значимым другим; при наличии сверхценного комплекса – на формирование стратегий контроля над поведенческими реакциями, предотвращение аддиктивного поведения с установкой на профессиональную деятельность.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ**

1. Обследование и лечение пациентов с гипотимическими состояниями, возникающими под воздействием длительно существующих психотравмирующих обстоятельств, требует своевременного выявления наличия психопатологической симптоматики, оценки степени ее выраженности (в том числе с использованием психометрических методик), проведения рационального медицинского вмешательства.

2. При первичном обследовании пациентов с невротическими депрессиями необходимо определять денотативные комплексы, лежащие в основе психопатологических проявлений и предиктивные в отношении развития депрессии в рамках той или иной нозологии, аспектов динамики, исходов.

3. Терапевтические подходы в отношении невротических депрессий включают комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий (с привлечением медикаментозных методов и психотерапии). Подходы к терапии (проводимой с учетом соотношения эффективности и безопасности используемых препаратов) должны быть дифференцированы в соответствии с установленными в настоящем исследовании алгоритмами, соотносящимися с типологическими вариантами, особенностями динамики и нозологической принадлежностью невротических депрессий.

Перспективы дальнейшей разработки настоящей темы заключаются в проведении клинических исследований на контингенте пациентов с невротической депрессией с учетом представленной в работе типологии, ее взаимосвязи с течением и нозологической принадлежностью депрессивного невроза. Полученные в результате настоящего исследования алгоритмы терапии невротических депрессий нуждаются в дальнейшем уточнении при помощи рандомизированных исследований.



**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Аведисова, А. С. Анализ предикторов переносимости тимоаналептической терапии. / А. С. Аведисова, В. И. Бородин, Р. В. Ахапкин // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 5. – С. 24-29.
2. Аведисова, А. С. Ремиссия при терапии антидепрессантами: признак стабилизации состояния или признак снижения активности процесса. / А. С. Аведисова // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. – 2008. – № 2. – С. 33-37.
3. Барденштейн, Л. М. Современные подходы к терапии депрессий. / Л. М. Барденштейн // Российский медицинский журнал. – 2010. – № 5. – С. 28-30.
4. Бархатова, А. Н. Дефицитарные расстройства на начальных этапах юношеского эндогенного приступообразного психоза (мультидисциплинарное исследование): дисс. ... докт. мед. наук: 14.01.06 / Бархатова Александра Николаевна. – М., 2016. – 387 с.
5. Бунеев, А. Н. О шизоидных невротиках. / А. Н. Бунеев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1923. – Т. 23. – № 11. – С. 198-211.
6. Бунькова, К. М. Клиника и дифференцированная терапия депрессий невротического уровня: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Бунькова Ксения Михайловна. – М., 2008. – 23 с.
7. Буренина, Н. И. Патологические телесные сенсации в форме телесных фантазий (типология, клиника, терапия): автореф. дисс... канд. мед. наук: Буренина Наталья Игоревна. – М., 1997. – 24 с.
8. Варга, А. Я. Введение в системную семейную психотерапию. / А. Я. Варга – М.: Когито-Центр, 2009. – 182 с.
9. Васильева, А. В. Затяжные формы невротических расстройств: клинико-психопатологические аспекты и вопросы терапии. / А. В. Васильева, Т. А. Караваева, С. В. Полтораки // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 4. – С. 81-87.

10. Волель, Б. А. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия): автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.18 / Волель Беатриса Альбертовна. – М., 2009. – 47 с.
11. Волель, Б. А. Когнитивные нарушения при тревожных расстройствах. / Б. А. Волель, Д. С. Петелин, Р. В. Ахапкин [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2018. – Т. 10. – № 1 – С. 78-82.
12. Воробьев, В. Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств): дисс. ... докт. мед. наук: Воробьев Владимир Юрьевич. – М., 1988. – 128 с.
13. Воронова, Е. И. К эпидемиологической характеристике психогенных депрессий. / Е. И. Воронова, Д. В. Романов // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2015. – № 2. – С. 49-52.
14. Воронова, Е. И. Реактивные депрессии (конституциональное предрасположение, психопатология кататимного аффекта, эпидемиология, терапия): дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Воронова Евгения Ивановна. – М., 2016. – 169 с.
15. Востриков, В. В. Место пирацетама в современной практической медицине. / В. В. Востриков // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2017. – Т. 1. – С. 14-25.
16. Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика. / П. Б. Ганнушкин – М.: Медгиз, 1933. – 348 с.
17. Германова, К. Н. Психогенные депрессии у больных шизофренией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Германова Ксения Николаевна. – М., 2017. – 25 с.
18. Гржибовский, А. М. Анализ трех и более независимых групп количественных данных. / А. М. Гржибовский // Экология человека. – 2008. – №3. – С. 50-58.
19. Данилов, Д. С. Эффективность и переносимость терапии перициaziном больных шизотипическим расстройством, органическим расстройством

- личности и пациентов с патохарактерологическими нарушениями в рамках расстройств личности / Д. С. Данилов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2017. – № 10. – С. 65-71.
20. Дубницкая, Э. Б. Малопрогрессирующая шизофрения с преобладанием истерических расстройств (клиника, дифференциальная диагностика, терапия): дисс. ... канд. мед. наук: Дубницкая Этери Бронеславовна. – М., 1979. – 192 с.
21. Зорин, В. Ю. Формирующиеся в условиях стрессогенной ситуации затяжные депрессивные состояния. / В. Ю. Зорин // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1996. – № 6. – С. 23-27.
22. Зеленина, Е. В. Соматовегетативный симптомокомплекс в структуре депрессий: Типология, клиника, терапия: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Зеленина Елена Васильевна. – М., 2018. – 23 с.
23. Иванов, С. В. Лечение депрессий в общей медицине. / С. В. Иванов // Депрессии при психических и соматических заболеваниях / под общ. ред. А. Б. Смулевича. – М.: Медицинское информационное агентство, 2015. – С. 486-537.
24. Ильина, Н. А. Шизофренические реакции (аспекты типологии, предикции, клиники, терапии): дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.18 / Ильина Наталья Алексеевна. – М., 2006. – 335 с.
25. Каннабих, Ю. В. Циклотимия, ее симптоматология и течение / Ю. В. Каннабих. – М.: т-во «Печатня С. П. Яковлева», 1914. – 418 с.
26. Карвасарский, Б. Д. Неврозы (руководство для врачей) / Б. Д. Карвасарский – М.: Медицина, 1980. – 448 с.
27. Кернберг, О. Ф. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. / О. Ф. Кернберг; пер. с англ. М. И. Завалова под ред. М. Н. Тимофеевой. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 464 с.
28. Колюцкая, Е. В. К проблеме дистимических состояний. / Е. В. Колюцкая // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – №1. – С. 96-98.
29. Корнетов, Н. А. Психогенные депрессии (клиника, патогенез) / Н.А. Корнетов – Томск: Издательство Томского университета, 1993. – 239 с.

30. Корсаков, С. С. Курс психиатрии. / С. С. Корсаков; под ред. комиссии общества невропатологов и психиатров, состоящего при императорском Московском университете. – М.: Типо-литография В. Рихтер, 1913. – Т. 1. – С. 523 с.
31. Краснов, В. Н. Современные подходы к терапии депрессий / В. Н. Краснов // Русский медицинский журнал. – 2002. – Т.10. – №12. – С. 553.
32. Кречмер, Э. Строение тела и характер. / Э. Кречмер; пер. с нем. – М. – Л., 1930. – 304 с.
33. Лакосина, Н.Д. Клинические варианты невротического развития. / Н.Д. Лакосина – М.: Медицина, 1970. – 218 с.
34. Лакосина, Н. Д. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: клиника и лечение. / Н. Д. Лакосина, М. М. Трунова – М.: Медицина, 1994. – 192 с.
35. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. / А. Е. Личко – Л.: Медицина, 1977. – 208 с.
36. Личко, А. Е. Шизофрения у подростков. / А. Е. Личко – Л.: Медицина, 1989. – 216 с.
37. Мазо, Г. Э. Терапевтически резистентные депрессии: подходы к лечению. / Г. Э. Мазо, М. В. Иванов // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. – 2007. – № 1. – С. 34-36.
38. Мазо, Г. Э. Терапевтически резистентные депрессии. / Г. Э. Мазо, С. Е. Горбачев, Н. Н. Петрова // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – Т. 2. – № 11. – С. 87-96.
39. Малкина-Пых, И. Г. Виктимология. / И. Г. Малкина-Пых – СПб: Питер, 2018. – 831 с.
40. Май, М. Депрессия в сравнении с «объяснимой печалью»: есть ли явные различия и влияют ли они на выбор лечения? / М. Май // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – № 20. – С. 5-8.

41. Мельников, А. И. Современные подходы к восстановительному лечению невротических депрессий с применением нелекарственных методов. / А. И. Мельников, Л. В. Смекалкина // Валеология. – 2014. – № 1. – С. 25-30.
42. Мосолов, С. Н. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике): монография / под ред. С. Н. Мосолова. – М.: Социально-политическая мысль, 2012. – 1080 с.
43. Мухорина, А. К. Негативная шизофрения с изменениями типа фершробен (психопатология, клиника, терапия): дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Мухорина Анна Константиновна. – М., 2018. – 239 с.
44. Мысько, Г. Н. Депрессия истощения – маркер созависимости / Г. Н. Мысько // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1. – № 1. – С. 123.
45. Пантелеева, Г. П. О вялотекущей шизофрении с клиническими изменениями психастенического типа / Г. П. Пантелеева // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1965. – Т. 65. – № 11. – С. 1690-1698.
46. Пинаева, Е.В. Пограничная эртомания (вопросы клиники и терапии): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Пинаева Екатерина Владимировна. – М., 2002. – 20 с.
47. Полторац, С. В. О психодинамических аспектах соотношения психотерапии и фармакотерапии в лечении невротических расстройств. / С. В. Полторац, А. В. Васильева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 3. – С. 88-92.
48. Полищук, Ю.И. Реактивные невротические расстройства в клинике малопрогрессирующей ипохондрической шизофрении / Ю. И. Полищук // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1989. – Т. 89. – № 4. – С. 120-123.
49. Русалов, В. М. Опросник черт характера взрослого человека (ОЧХ-В) / В. М. Русалов, О. Н. Манолова. – М.: Институт психологии РАН, 2003. – 100 с.

50. Рыбальская, В. Я. Виктимологические проблемы преступности несовершеннолетних: автореф. дисс. ... докт. юрид. наук: Рыбальская Виола Яновна. – М., 1984. – С. 16.
51. Свядоц, А. М. Неврозы и их лечение / А. М. Свядоц. – М.: Медицина, 1959. – 300 с.
52. Симпсон, Т. П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. / Т. П. Симпсон – М.: Медицина, 1958. – 216 с.
53. Смулевич А. Б. Характеристика динамики и исходов астении. / Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Соколовская Л. В. // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1991. – Т. 91. – № 5. – С. 33-38.
54. Смулевич, А. Б. К проблеме идеопатических болей. / А. Б. Смулевич, А. О. Фильц, М. О. Лебедева [и др.] // Синапс. – 1992. – № 2. – С. 57-63.
55. Смулевич, А. Б. Психокардиология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, М. Ю. Дробижев [и др.] – М.: Медицинское информационное агенство, 2005. – 784 с.
56. Смулевич, А. Б. Астения и коморбидные психические расстройства. / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая // Психиатрия психофармакология им. П. Б. Ганнушкина. – 2009. – № 4. – С. 4-7.
57. Смулевич, А. Б. Расстройства личности и шизофрения. / А. Б. Смулевич // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – № 1. – С. 8-15.
58. Смулевич, А. Б. Расстройства личности и депрессия. / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая, В. В. Читлова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2012. – № 9. – С. 4-11.
59. Смулевич, А. Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – М.: Медпресс-информ, 2015. – 638 с.
60. Смулевич, А. Б. Эволюция учения о шизофреническом дефекте. / А. Б. Смулевич, Д. В. Романов, Е. И. Воронова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117. – № 9. – С. 4-14.
61. Смулевич, А. Б. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности). / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая, В. М. Лобанова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. – 2018. – № 11. – С. 4-14.

62. Смулевич, А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. / А. Б. Смулевич. – М.: Медпресс-информ, 2018. – 256 с.
63. Снежневский, А. В. Руководство по психиатрии. / под ред. А. В. Снежневского – М.: Медицина, 1983. – Т. 1. – 480 с.
64. Соколовская, Л. В. Типология астенических состояний (реакции, фазы) при психопатиях. / Л. В. Соколовская // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1989. – № 11. – С. 110-114.
65. Сорокин, С. А. Типология и клинико-динамические особенности эндогенных апатических депрессий. / С. А. Сорокин // Психиатрия. – 2010. – Т. 5. – № 47. – С. 25-31.
66. Степанова, Е. А. Проблема депрессий, коморбидных соматическим заболеваниям (на модели ишемической болезни сердца). / Е. А. Степанова, А. В. Андрющенко // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – № 4. – С. 4-10.
67. Стребелева, Е. А. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / Е. А. Стребелева – М.: Полиграф сервис, 1998. – 336 с.
68. Телешевская, М. Э. Неврастения / М. Э. Телешевская. – Киев: Здоровья, 1988. – 166 с.
69. Ушаков, Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. / Г. К. Ушаков – М.: Медицина, 1978. – С. 178-185.
70. Франк, Л. В. Потерпевшие от преступления и проблемы советской виктимологии / Л. В. Франк – Душанбе: Ирфон, 1977. – 240 с.
71. Филиппова, Н. В. Агомелатин при лечении большого депрессивного расстройства: оценка эффективности и переносимости. / Н. В. Филиппова, Ю. Б. Барыльник, А. А. Шульдяков [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2019. – Т. 119. – № 5. – С.154-161.
72. Фильц, А. О. Клинико-генеалогическое исследование истерической психопатии / А. О. Фильц // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1987. – Т. 87. – № 7. – С. 1082-1086.

73. Читлова, В. В. Тревожная депрессия и расстройства личности (коморбидность, типологическая дифференциация, терапия): автореф. дис. ... кад. мед. наук: 14.01.06 / Читлова Виктория Валентиновна. – М., 2013. – 24 с.
74. Шмунк, Е. В. Факторы, оказывающие влияние на клинику и течение депрессивных расстройств. / Е. В. Шмунк // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 2. – С. 87-92.
75. Якубик, А. Истерия. Методология, теория, психопатология. / А. Якубик; пер. с польск. М. Г. Лепилина. – М.: Медицина, 1982. – 344 с.
76. Akiskal, H. S. The nosological status of neurotic depression: a prospective three-to four-year follow-up examination in light of the primary-secondary and unipolar-bipolar dichotomies. / H. S. Akiskal, A. H. Bitar, V. R. Puzantian [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 1978. – Vol. 35. – № 6. – P. 756-766.
77. Akiskal, H. S. The relationship of personality to affective disorders. / H. S. Akiskal, R. M. A. Hirshfeld, B. I. Yerevanian // Archives of General Psychiatry. – 1983. – Vol. 40. – № 7. – P. 801-810.
78. Akiskal, H. S. The clinical spectrum of so-called «minor» depressions. / H. S. Akiskal, R. E. Weise // American Journal of Psychotherapy. – 1992. – Vol. 46. – №1. – P. 9-22.
79. Akiskal, K. K. The theoretical underpinning of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. / K. K. Akiskal, H. S. Akiskal // Journal of Affective Disorders. – 2005. – №85. – P. 231-239.
80. Acuña, M. J. A critical study of the influence of negative symptoms on the therapeutic response in schizophrenia / M. J. Acuna, J. Martin, D. Noval [et al.] // The journal Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría i Ciencias Afines. – 1998. – Vol. 26. – № 4. – P. 209-213.
81. Al-Majed, A. Mirtazapine / A. Al-Majed, A.H. Bakheit, R.M. Alharbi [et al.] // Profiles Drug Substances, Excipients, and Related Methodology. – 2018. – №43 - P. 209-254.



82. An der Heiden, W. Negative symptoms and their association with depressive symptoms in the long-term course of schizophrenia / W. an der Heiden, A. Leber, H. Häfner // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2016. – Vol. 266. – №5. – P. 387-396.
83. Andreasen, N. C. Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. / N. C. Andreasen // *Archives of General Psychiatry*. – 1982. – Vol. 39. – №7. – P. 784-788.
84. Andreasen, N. C. Scale for the assessment of negative symptoms (SANS) / N.C. Andreasen // *The British Journal of Psychiatry*. – 1989. – Vol. 155. – S. 53-58.
85. Ascher, E. A criticism of the concept of neurotic depression. / E. Ascher // *American Journal of Psychiatry*. – 1952. – №108. – P. 901-908.
86. Atmaca, M. Quetiapine augmentation in patients with treatment resistant obsessive-compulsive disorder: a single-blind, placebo-controlled study. / M. Atmaca, M. Kuloglu, E. Tezcan [et al.] // *International Clinical Psychopharmacology*. – 2002. – Vol. 17. – №3. – P. 115-119.
87. Azorin, J. M. Depression and circadian rhythm. / J. M. Azorin, A. Kaladjian // *Encephale*. – 2009. – Vol. 35. – S. 68-71.
88. Azorin, J. M. Negative Symptoms in Schizophrenia: Psychotherapeutic Approaches / J. M. Azorin, M. Adida, R. Belzeaux, [et al.] // *Encephale*. – 2015. – Vol. 41. – №6. – S. 57-60.
89. Baldwin, D. S. Pregabalin for the treatment of generalized anxiety disorder: an update. / D. S. Baldwin, K. Ajel, V. G. Masdrakis [et al.] // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – 2013. – №9. – P. 883-892.
90. Baldwin, R. A meta-analysis of the efficacy of vortioxetine in patients with major depressive disorder (MDD) and high levels of anxiety symptoms. / R. Baldwin, I. Florea, P.L. Jacobsen [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2016. – №206. – P. 140-150.
91. Bandelow, B. Treatment of anxiety disorders / B. Bandelow, S. Michaelis, D. Wedekind // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. – 2017. – Vol. 19. – №2. – P. 93-107.

92. Bartolomucci, A. Stress and Depression: Preclinical Research and Clinical Implications / A. Bartolomucci, R. Leopardi // PLoS ONE. – 2009. – Vol. 4. – №1. – Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004265>.
93. Bargenquast, R. Reawakening Reflective Capacity in the Psychotherapy of Schizophrenia: A Case Study / R. Bargenquast, R. D. Schweitzer, S. Drake // Journal of Clinical Psychology. – 2015. – Vol. 71. – №2. – P. 136-145.
94. Baune, B. Conceptual Challenges of a Tentative Model of Stress-Induced Depression / B. Baune // PLoS ONE. – 2009. – Vol. 4. – №1. – Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004266>.
95. Beard, G. Neurasthenia or Nervous Exhaustion. / G. Beard // Boston Medical and Surgical Journal. – 1869. – Vol. 3. – №13. – P. 217–220.
96. Bleuler, E. Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. / E. Bleuler – New York: International Universities Press, 1950. – 548 p.
97. Bonime, W. The psychodynamics of neurotic depression. / W. Bonime // American handbook of psychiatry [S. Ariety (Ed.)]. – New York: Basic Books Inc., 1966. – P. 239-255.
98. Brautigam, W. Reaktionen - Neurosen - Abnorme Persoenlichkeiten. Seelische Krankheiten im Grudriss. / W. Brautigam. – Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1978. – P. 134-142.
99. Brebion, G. Depression, psychomotor retardation, negative symptoms, and memory in schizophrenia / G. Brebion, X. Amador, M. Smith [et al.] // Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology. – 2000. – Vol. 13. – №3. – P. 177-183.
100. Brodaty, H. A 25-year longitudinal, comparison study of the outcome of depression. / H. Brodaty, G. Luscombe, C. Peisah [et al.] // Psychological Medicine. – 2001. – Vol. 31. – №8. – P. 1347-1359.
101. Brown, W. A. Treatment response in melancholia. / W. A. Brown // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2007. – Vol. 115. – P. 125-129.

102. Bschor, T. Chronic and Treatment Resistant Depression: Diagnosis and Stepwise Therapy / T. Bschor, M. Bauer, M. Adli // *Deutsches Ärzteblatt International*. – 2014. – Vol. 11. – №45. – P. 766-775.
103. Buckley, P. F. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. / P. F. Buckley, B. J. Miller, D. S. Lehrer [et al.] // *Schizophrenia Bulletin*. – 2009. – Vol. 35. – №2. – P. 383-402.
104. Chae, W. R. Predictors of Response and Remission in a Naturalistic Inpatient Sample Undergoing Multimodal Treatment for Depression / W. R. Chae, J. M. Nagel, L. K. Kuehl [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2016. – Vol. 252. – P. 99-106.
105. Chiapelli, J. Testing trait depression as a potential clinical domain in schizophrenia. / J. Chiapelli, P. Kochunov, K. DeRiso [et al.] // *Schizophrenia Research*. – 2014. – Vol. 159. – №1. – P. 243–248.
106. Chiu, E. Epidemiology of depression in the Asia Pacific region. / E. Chiu // *Australasian Psychiatry*. – 2004. – Vol. 12. – S. 4-10.
107. Chong, M. Y. Community study of depression in old age in Taiwan: prevalence, life events and socio-demographic correlates. / M. Y. Chong, H. Y. Tsang, C. S. Chen [et al.] // *The British Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 178. – №1. – P. 29-35.
108. Conrad, K. *Die beginnende Schizophrenie*. / K. Conrad. – Stuttgart: Georg Thieme, 1958. – 165 p.
109. Coplan, J. D. Treating comorbid anxiety and depression: Psychosocial and pharmacological approaches. / J. D. Coplan, C. J. Aaronson, V. Panthangi [et al.] // *World Journal of Psychiatry*. – 2015. – Vol. 5. – №4. – P. 366-78.
110. De Lima, M. S. Benefits and risks of pharmacotherapy for dysthymia: a systematic appraisal of the evidence. / M. S. De Lima, M. Hotopf // *Drug Safety*. – 2003. – Vol. 26. – №1. – P. 55-64.
111. Del-Monte, J. Evolution of the concept of apathy: the need for a multifactorial approach in schizophrenia / J. Del-Monte, D. Capdevielle, M. C. Gély-Nargeot [et al.] // *Encephale*. – 2013. – Vol. 39. – №1. – P. 57-63.

112. Derogatis, L. R. The SCL-90 and the MMPI: A step in validation of a new report scale. / L.R. Derogatis, K. Rickels, A. Rock // *British Journal of Psychiatry*. – 1976. – Vol. 128. – P. 280-289.
113. Dide, M. *Psychiatrie du médecin praticien* / M. Dide, P. Guiraud. – Paris: Masson, 1929. – 466 p.
114. Dollfus, S. Negative symptoms: History of the concept and their position in diagnosis of schizophrenia. / S. Dollfus, J. Lyne // *Schizophrenia Research*. – 2017. – Vol. 186. – P. 3-7.
115. Earp, B. D. Addicted to love: What is love addiction and when should it be treated? / B. D. Earp, O. A. Wudarczyk, B. Foddy [et al.] // *Philosophy, Psychiatry and Psychology*. – 2017. – Vol. 24. – №1. – P. 77-92.
116. Failde, M. Psychiatric morbidity among relatives of different subgroups of neurotic depression. / M. Failde, M. Eisemann, C. Perris // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1987. – Vol. 75. – №5. – P. 487-490.
117. Foran, H. M. Risk for Partner Victimization and Marital Dissatisfaction Among Chronically Depressed Patients. / H. M. Foran, D. Vivian D., K. D. O’Leary [et al.] // *Journal of Family Violence*. – 2012. – Vol. 27. – P. 75-85.
118. Galderisi, S. Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: Focus on long-term stability and functional outcome / S. Galderisi, P. Bucci, A. Mucci // *Schizophrenia Research*. – 2013. – Vol. 147. – P.157–162.
119. Galderisi, S. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. / S. Galderisi, A. Mucci, R. W. Buchanan [et al.] // *Lancet Psychiatry*. – 2018. – Vol. 5. – №8. – P. 664-677.
120. Galynker, I. I. Negative symptoms in patients with major depressive disorder: a preliminary report / I. I. Galynker, L. J. Cohen // *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*. – 2000. – Vol. 13. – №3. – P.171-176.
121. Ghaemi, S. N. Why antidepressants are not antidepressants: STEP-BD, STAR\*D, and the return of neurotic depression. / S. N. Ghaemi // *Bipolar Disorder*. – 2008. – Vol. 10. – №8. – P. 957-968.

122. Ghaemi, S. N. The heterogeneity of depression: an old debate renewed. / S. N. Ghaemi, P. A. Vöhringer // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2011. – Vol. 124. – P. 497.
123. Ghaemi, S. N. The varieties of depressive Experience: diagnosing mood disorders. / S. N. Ghaemi, P. A. Vöhringer, D. E. Vergne // *Psychiatric Clinics of North America*. – 2012. – Vol. 35. – P. 73-86.
124. Goldberg, H. M. A double-blind study of trazodone / H. M. Goldberg, R. J. Finnerty // *Psychopharmacological Bulletin*. – 1980. – Vol. 16. – №3. – P. 47-49.
125. Gormley, N. Time to remission in major depression. Is there a link between ‘no-treatment interval’ and outcome? / N. Gormley, D. O’Leary // *European Psychiatry*. – 1996. – Vol. 11. – №4. – P. 290–291.
126. Guaiana, G. Agomelatine versus other antidepressive agents for major depression / G. Guaiana, S. Gupta, D. Chiodo [et al.] // *Cochrane Database Systematic Reviews*. – 2013. – Vol.12. – Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008851.pub2>.
127. Harvey, P. D. Depression in schizophrenia: association with cognition, functional capacity, everyday functioning, and self-assessment. / P. D. Harvey, E. W. Twamley, A. E. Pinkham [et al.] // *Schizophrenia Bulletin*. – 2016. – Vol. 43. – №3. – P. 575–582.
128. Helmchen, H. Subthreshold disorders in psychiatry: clinical reality, methodological artifact, and the double-threshold problem / H. Helmchen, M. Linden // *Comprehensive Psychiatry*. – 2000. – Vol. 41. – №2. – P. 1-7.
129. Holmes, T. H. The social readjustment rating scale / T. H. Holmes, R. H. Rahe // *Journal of psychosomatic research*. – 1967. – Vol. 11. – №2. – P. 213-218.
130. Holtzheimer, P. E. Stuck in a rut: rethinking depression and its treatment. / P. E. Holtzheimer, H. S. Mayberg // *Trends in Neuroscience*. – 2011. – Vol. 34. – №1. – P. 1-9.
131. Husain, M. Neuroscience of apathy and anhedonia: a transdiagnostic approach. / M. Husain, J. P. Roiser // *Nature Reviews Neuroscience*. – 2018. – Vol. 19. – №8. – P. 470-484.

132. Inbar, Y. Moral masochism: on the connection between guilt and self-punishment. / Y. Inbar, D. A. Pizarro, T. Gilovich [et al.] // *Emotion*. – 2013. – Vol. 13. – №1. – P. 14-18.
133. Jacobi, F. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). / F. Jacobi, H.-U. Wittchen, C. Hölting [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2004. – Vol. 34. – №4. – P. 597-611.
134. Joy, A. B. High risk of depression among low-income women raises awareness about treatment options. / A. B. Joy, M. Hudes // *California Agriculture*. – 2010. – Vol. 61. – №1. – P. 22-25.
135. Judd, L. L. The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder / L. L. Judd, H. S. Akiskal, M. P. Paulus // *Journal of Affective Disorders*. – 1997. – Vol. 45. – №1-2. – P. 5-17.
136. Kapoor, R. An epidemiological study of prevalence of depressive illness in rural punjab. / R. Kapoor, G. Singh // *Indian Journal of Psychiatry*. – 1983. – Vol. 25. – №2. – P. 110-114.
137. Karaiskos, D. Pregabalin augmentation of antidepressants in older patients with comorbid depression and generalized anxiety disorder-an open-label study. // D. Karaiskos, D. Pappa, E. Tzavellas [et al.] // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2013. – Vol. 28. – №1. – P. 100-105.
138. Kasckow, J. Treatment of subsyndromal depressive symptoms in middle-aged and older adults with schizophrenia: effect on functioning. / J. Kasckow, N. Lanouette, T. Patterson, [et al.] // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2010. – Vol. 25. – №2. – P. 183-190.
139. Kay, S. R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // *Schizophrenia Bulletin*. – 1987. – Vol.13. – P. 261-276.
140. Kendler, K. S. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. / K. S. Kendler, L. M. Karkowski, C. A. Prescott // *American Journal of Psychiatry*. – 1999. – Vol. 156. – P. 837-841.

141. Kessing L.V. Endogenous, reactive and neurotic depression - diagnostic and long-term outcome. / L.V. Kessing // *Psychopathology*. – 2004. – Vol. 37. – P. 124-130.
142. Kielholz, P. Depressive illness: Diagnosis, assessment, treatment. / In ed. P. Kielholz. – Berne: Hans Huber, 1972. – 302 p.
143. Kirkpatrick, B. Deficit schizophrenia: an update / B. Kirkpatrick, S. Galderisi // *World Psychiatry*. – 2008. – Vol. 7. – №3. – P. 143-147.
144. Kirschner, M. Secondary negative symptoms – A review of mechanisms, assessment and treatment. / M. Kirschner, A. Aleman, S. Kaiser // *Schizophrenia Research*. – 2017. – Vol. 186. – P. 29-38.
145. Kleist, K. Über die gegenwärtigen Strömungen in der klinischen Psychiatrie. / K. Kleist // *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. – 1924. – Vol. 81. – S. 389-393.
146. Klerman, G. L. Neurotic depressions: a systematic analysis of multiple criteria and meanings. / G. L. Klerman // *American Journal of Psychiatry*. 1979. – Vol. 136. – №1. – P. 57-61.
147. Klerman, G. L. The scientific status of neurotic depression. / G. L. Klerman // *Psychopathology*. – 1985. – Vol. 18. – №2-3. – P. 167-73.
148. Klingberg, S. Cognitive Behavioral Treatment of Negative Symptoms in Schizophrenia Patients: Study Design of the TONES Study, Feasibility and Safety of Treatment / S. Klingberg, A. Wittorf, J. Herrlich [et al.] // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2009. – Vol. 259. – S. 149-154.
149. Komossa, K. Second-generation Antipsychotics for Major Depressive Disorder and Dysthymia / K. Komossa, A. M. Depping, A. Gaudchau [et al.] // *Cochrane Database Systematic Reviews*. – 2010. – Vol. 12. – Available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008121.pub2>.
150. Kraepelin, E. Dementia praecox and paraphrenia. / E. Kraepelin; R. M. Barclay (translated), G. M. Robertson (Ed.). – Edinburgh: E&S Livingstone Ltd, 1919. – 331 p.

151. Kraepelin, E. Manic-depressive illness and paranoia. / E. Kraepelin; R. M. Barclay (translated), G. M. Robertson (Ed.). – Edinburgh: E&S Livingstone Ltd., 1921. – 280 p.
152. Kuhs, H. Disturbances of vital feeling in depressive disorders. / H. Kuhs // *Comprehensive psychiatry*. – 1993. – Vol. 34. – №3. – P. 176-181.
153. Labhardt, F. Die Schizophrenieähnlichen Emotionspsychozen. Ein Beitrag zur Abgrenzung Schizophrenieartiger Zustandsbilder. / F. Labhardt – Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer-Verlag. – 1963. – 122 p.
154. Lako, I. M. A systematic review of instruments to measure depressive symptoms in patients with schizophrenia. / I. M. Lako, R. Bruggeman, H. Kneegting [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2012. – Vol. 140. – №1. – P. 38-47.
155. Lee, S. Y. Coping strategies and their relationship to psychopathologies in people at ultra high-risk for psychosis and with schizophrenia. / S. Y. Lee // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2011. – Vol. 199. – №2. – P. 106-10.
156. Lee, Y. Y. The risk of developing major depression among individuals with subthreshold depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies / Y. Y. Lee, E. A. Stockings, M. G. Harris [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2019. – Vol. 49. – №1. – P. 92-102.
157. Lehtinen, V. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. / V. Lehtinen, M. Joukamaa, K. Lahtela [et al.] // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1990. – Vol. 81. – №5. – P. 418-425.
158. Liebowitz, M. Hysteroid dysphoria. / M. Liebowitz, D. Klein // *Psychiatric Clinics of North America*. – 1979. – Vol. 2. – P. 555 - 575.
159. Li, Y. A comparative study of anhedonia components between major depression and schizophrenia in Chinese populations / Y. Li, X. Mou, W. Jiang [et al.] // *Annals of General Psychiatry*. – 2015. – Vol. 14. – P. 24.
160. Lichtman, J. H. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and



Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. / J. H. Lichtman, J. T. Bigger Jr, J. A. Blumenthal [et al.] // *Circulation*. – 2008. – Vol. 118. – №17. – P. 1768-1775.

161. Lingjaerde, O. The UKU side-effect rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side-effects in neuroleptic treated patients. / O. Lingjaerde, V. G. Ahlfors, P. Dech [et al.] // *Acta Psychiatrica Scandinavica* – 1987. – Vol. 334. – S. 76.

162. Majadas, S. Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia. / S. Majadas, J. Olivares, J. Galan [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. – 2012. – Vol. 53. – P. 145-151.

163. Manicavasagar, V. Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. / V. Manicavasagar, D. Silove // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. – 1997. – Vol. 31. – №2. – P. 299–303.

164. Manicavasagar, V. Parental representations associated with adult separation anxiety and panic disorder-agoraphobia. / V. Manicavasagar, D. Silove, R. Wagner, D. Hadzi-Pavlovic // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. – 1999. – Vol. 33. – №3. – P. 422–428.

165. Mapother, R. Discussion on manic-depressive psychosis. / R. Mapother // *British Medical Journal*. – 1926. – Vol. 2. – P. 872-876.

166. May, M. A Critical Reappraisal of the Concept of Neurotic Depression. / M. May; In: Akiskal H.S, Cassano G.B., eds. // *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions*. – New York: Guilford press. – 1997. – P. 130-147.

167. Mezquida, G. The course of negative symptoms in first-episode schizophrenia and its predictors: A prospective two-year follow-up study. PEPs Group. / G. Mezquida, B. Cabrera, M. Bioque [et al.] // *Schizophrenia Research*. – 2017. – Vol. 189. – P. 84-90.

168. Millon, T. Disorders of Personality: DSM-III: Axis II. / T. Millon – New York: Wiley. – 1981. – 458 p.

169. Morse, J.Q. Personality-life event congruence effects in late-life depression. / J.Q. Morse, C.J. Robins // *Journal of Affective Disorders*. – 2005. – Vol. 84. – P. 25-31.
170. Mountjoy, C. A clinical trial of phenelzine in anxiety depressive and phobic neuroses. / C. Q. Mountjoy, M. Roth, R. F. Garside [et al.] // *The British Journal of Psychiatry*. – 1977. – Vol. 131. – P. 486-492.
171. Mountjoy, C. Q. Studies in the relationship between depressive disorders and anxiety states. / C. Q. Mountjoy, M. Roth // *Journal of Affective Disorders*. – 1982. – Vol. 4. – №2. – P. 127-161.
172. Neumeister, A. Implications of genetic research on the role of the serotonin in depression: emphasis on the serotonin type 1A receptor and the serotonin transporter / A. Neumeister, T. Young, J. Stastny // *Psychopharmacology*. – 2004. – Vol. 174. – №4. – P. 514-524.
173. Niemi, P. M. Medical students' distress--quality, continuity and gender differences during a six-year medical programme. / P. M. Niemi, P. T. Vainiomäki // *Medical Teacher*. – 2006. – Vol. 28. – №2. – P. 136-41.
174. Nierenberg, A. A. Switch or augment? Lessons from STAR\*D. / A.A. Nierenberg // *Annals of Clinical Psychiatry*. – 2010. – Vol. 22. – №4 (Suppl 3). – S. 4-8.
175. Nierenberg, A. A. Neurotic depression as the missing link: old wine with a new twist on anxiety and major depressive disorder. / A.A. Nierenberg, K.K. Ellard // *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. – 2015. – Vol. 24. – №3. – P. 230-232.
176. Ohayon, M. M. Epidemiology of depression and its treatment in general population. / M. M. Ohayon // *Journal of Psychiatric Research*. – 2007. – 41. – P. 207-213.
177. Ohmae, S. The modern concept of atypical depression: four definitions. / S. Ohmae // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. – 2010. – Vol. 112. – №1. – P. 3-22.
178. Papakostas, G. I. Pharmacotherapy for depression and treatment-resistant depression. / G. I. Papakostas, M. Fava. – Singapore: World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd., 2010. – 728 p.

179. Perris, C. The genetics of depression: A family study of unipolar and neurotic-reactive depressed patients. / C. Perris // *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. – 1982. – Vol. 232. – P. 137-155.
180. Porcerelli, J. H. Violent victimization of women and men: physical and psychiatric symptoms. / J. H. Porcerelli, R. Cogan, P. P. West [et al.] // *Journal of the American Board of Family Practice*. – 2003. – Vol. 16. – №1. – P. 32-39.
181. Raine, A. The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. / A. Raine // *Schizophrenia Bulletin*. – 1991. – Vol.17. – №4. – P.555–564.
182. Rakesh, J. Single-Action Versus Dual-Action Antidepressants. / J. Rakesh // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2004. – Vol. 6. – № 1. – P. 7–11.
183. Ravindran, A. V. Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. / A. V. Ravindran, K. Matheson, J. Griffiths [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2002. – Vol. 71. – P. 121-130.
184. Régny, P. Conversion disorder in an internal medicine department: A series of 37 cases. / P. Régny, P. Cathébras // *Encephale*. – 2016. — Vol. 42. – №2. – P. 150-155.
185. Reich, W. *Charakteranalyse* / W. Reich –Vienna: Farrar, Straus and Giroux, 1933. – 545 p.
186. Remington, G. Treating negative symptoms in Schizophrenia: an Update / G. Remington, G. Foussias, G. Fervaha [et al.] // *Current Treatment Options in Psychiatry*. – 2016. – Vol. 3. – P. 133-150.
187. Roth, M. Studies in the classification of affective disorders: The relationship between anxiety states and depressive illness. / M. Roth, C. Gurney, R. F. Garside [et al.] // *The British Journal of Psychiatry*. – 1972. – Vol. 121. – P. 147-161.
188. Roth, M. The relationship between anxiety and depressive disorders. / M. Roth, C. Q. Mountjoy // *American Psychiatric Press*. – 1992. – P. 9-24.
189. Roth, M. The need for the concept of neurotic depression. / M. Roth, C. Q. Mountjoy; In: Akiskal H.S, Cassano G.B., eds. // *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions*. New York: Guilford press. – 1997. – P. 96-129.

190. Rowan, P. Phenelzine and amitriptyline: effects on symptoms of neurotic depression. / P.R. Rowan, E.S. Paykel, R.R. Parker // *The British Journal of Psychiatry*. – 1982. – 140. – P. 475-83.
191. Schneider, K. Primare und sekundare Symptome bei Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie // Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*. – 1957. – Vol. 25. – P. 487-498.
192. Siris, S. G. Depression in schizophrenia: perspective in the era of «atypical» antipsychotic agents. / S. G. Siris // *American Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 157. – №9. – P. 1379-1389.
193. Sjobring, H. Personality structure and development. A model and its application. / H. Sjobring // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1973. – Vol. 244. – S. 1-20.
194. Skodol, A. Personality disorder types proposed for DSM-5 / A. Skodol, D. Bemder, L. Morey [et al.] // *Journal of Personality Disorders*. – 2011. – Vol. 25. – P. 136-169.
195. Smets, E. M., The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI): Psychometric Properties of an Instrument to Assess Fatigue. / E. M. Smets, B. J. Garssen, B. Bonke [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 1995. – Vol. 39. – P. 315-325.
196. Smeraldi, E. Agomelatine in depression / E. Smeraldi, D. Delmonte // *Expert Opinion on Drug Safety*. – 2013. – Vol. 12. – №6. – P. 873-880.
197. Spitzer, R. An in-depth look at DSM-III. An interview with Robert Spitzer. Interview by John Talbott. / R. Spitzer // *Hospital and Community Psychiatry*. – 1980. – Vol.31. – №1. – P. 25-32.
198. Stahl, S. M. SNRIs: their pharmacology, clinical efficacy, and tolerability in comparison with other classes of antidepressants. / S. M. Stahl, M. M. Grady, C. Moret [et al.] // *CNS Spectrums*. – 2005. – Vol. 10. – № 9. – P. 732-47.
199. Stahl, S. M. *Stahl's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications, 4th Edition.* / S. M. Stahl – Cambridge: Cambridge University Press, 2013. – 1316 p.
200. Starkstein, S. E. The nosological position of apathy in clinical practice. / S.E. Starkstein, A. F. Leentjens // *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. – 2008. – Vol.79. – №10. – P. 1088-1092.

201. Strauss, G. P. A Transdiagnostic Review of Negative Symptom Phenomenology and Etiology. / G. P. Strauss, A. S. Cohen // *Schizophrenia Bulletin*. – 2017. – Vol. 43. – №4. – P. 712-719.
202. Tack, J. Efficacy of Mirtazapine in Patients With Functional Dyspepsia and Weight Loss. / J. Tack, H. G. Ly, F. Carbone F [et al.] // *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. – 2016. – Vol. 14. – №3. – P. 385-392.
203. Tandon, R. 2000; Phasic and enduring negative symptoms in schizophrenia: biological markers and relationship to outcome. / R. Tandon, J. R. DeQuardo, S. F. Taylor [et al.] // *Schizophrenia Research*. – 2000. – Vol. 51. – P. 185–201.
204. Tinland, A. Victimization and posttraumatic stress disorder in homeless women with mental illness are associated with depression, suicide, and quality of life. / A. Tinland, L. Boyer, S. Loubière [et al.] // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – 2018. – Vol. 14. – P. 2269-2279.
205. Thase, M. E. Depression, sleep and antidepressants / M. E. Thase // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1998. – Vol. 59. – №4. – P. 55-65.
206. Torgersen, S. Neurotic depression and DSM-III. / S. Torgersen // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1986. – Vol. 73. – P. 31-34.
207. Tuithof, M. Course of subthreshold depression into a depressive disorder and its risk factors. / M. Tuithof, M. Ten Have, S. van Dorsselaer [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2018. – Vol. 241. – P. 206-215.
208. Vetter, P. H. The validity of the ICD-10 classification of recurrent affective disorders: do endogenous and psychogenic depressions form a homogeneous diagnostic group? / P. H. Vetter, J. von Pritzbuer, K. Jungmann [et al.] // *Psychopathology*. – 2001. – Vol. 34. – №1. – P. 36-42.
209. Völkel, H. Neurotische Depression. Ein Beitrag zur Psychopathologie und Klinik. / H. Völkel. – Stuttgart: Thieme. – 1959. – 116 p.
210. Völter, C. Schizotypy and behavioural adjustment and the role of neuroticism. / C. Völter, T. Strobach, D. S. Aichert [et al.] // *PLoS One*. – 2012. – Vol. 7. – №2. – Available at:  
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0030078>.

211. Weilburg, J. B. An overview of SSRI and SNRI therapies for depression. / J.B. Weilburg // *Managed Care*. – 2004. – Vol. 13 – №6. – S. 25-33.
212. Wichniak, A. The Effects of Antidepressants on Sleep in Depressed Patients With Particular Reference to Trazodone in Comparison to Agomelatine, Amitriptyline, Doxepin, Mianserine and Mirtazapine / A. Wichniak, A. Wierzbicka // *Polski Mercuriusz Lekarski*. – 2011. – Vol. 31. – №181. – P. 65-70.
213. Winokur, G. Neurotic Depression: a Diagnosis Based on Preexisting Characteristics. / G. Winokur, D.W. Black, A. Nasrallah // *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*. – 1987. – Vol. 236. – P. 343-348.
214. Wojdylo, K. Workaholism – the nature of the construct and the nomenclature as controversial issues in research on the phenomenon. A commentary on Staszczyk and Tokarz. *Roczniki psychologiczne*. / K. Wojdylo // *Annals of psychology*. – 2015. – Vol. 18. – №4. – P. 547-552.
215. Yang, Y. Cognitive impairment in generalized anxiety disorder revealed by event-related potential N270. / Y. Yang, X. Zhang, Y. Zhu [et al.] // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – Vol.3. – №11. – P.1405-1411.
216. Zerssen, D. Circadian rhythms in endogenous depression. / D. Zerssen, H. Barthelmes, G. Dirlich [et al.] // *Psychiatry Research*. – 1985. – Vol. 16. – №1. - P. 51-63.
217. Zisook, S. Depressive symptom patterns in patients with chronic schizophrenia and subsyndromal depression / S. Zisook, M. Nyer, J. Kasckow [et al.] // *Schizophrenia Research*. – 2006. – Vol. 86. – №1-3. – P. 226-233.