

На правах рукописи

СОРОКИНА ОЛЬГА ЮРЬЕВНА

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

14.01.06 – Психиатрия
(медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва - 2020

Диссертационная работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Волель Беатриса Альбертовна

Официальные оппоненты:

Аведисова Алла Сергеевна – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, отдел терапии психических и поведенческих расстройств, руководитель отдела

Шмилович Андрей Аркадьевич – доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, кафедра психиатрии и медицинской психологии, заведующий кафедрой

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева»

Защита состоится «_____» _____ 2021 г. в _____ часов на заседании Диссертационного совета Д 001.028.01 при Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья» по адресу: 115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья» по адресу: 115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34 и на сайте организации <https://www.ncpz.ru>

Автореферат разослан «_____» _____ 2020 г.

Ученый секретарь

Диссертационного Совета Д **001.028.01**

кандидат медицинских наук

Никифорова Ирина Юрьевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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 [Лакосина Н.Д., 1970; Карвасарский Б.Д., 1990; Völkel H., 1959; Brautigam W., 1978; Roth M. et al., 1997; Ghaemi S.N. et al., 2012].

Актуальность исследования НД обуславливается их широкой распространенностью. При этом, приводимые авторами значения встречаемости невротических депрессий неоднозначны, но в среднем достаточно высоки – от 0,5 до 4,6% [Кароор R. et al., 1983; Lehtinen V. et al., 1990; Bartolomucci A. et al., 2009; Vaune B., 2009; Tuithof M. et al., 2018; Tinland A. et al., 2018], а при включении в исследование «подпороговых» депрессивных расстройств (возникающих под влиянием фрустрирующих факторов и сопоставимых по психопатологическим проявлениям с НД), соответствующие показатели достигают 15% [Chong M.Y. et al., 2001].

Следует отметить, 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 (используемых в клинической практике МКБ-10, DSM-5), касающиеся круга аффективных расстройств (в частности, такие как «депрессивный эпизод», «рекуррентное депрессивное расстройство», «дистимия») диагностируются без учета связи с психотравмирующими событиями.

В свою очередь классификационные сложности опосредованы отсутствием единого мнения касательно клинической картины, типологической дифференциации, особенностей динамики НД. На основании данных исследований, посвященных НД, можно судить лишь о гетерогенности психопатологических проявлений [May M., 1997; Ghaemi N.S., 2011] и диагностической нестабильности заболевания по результатам катamnестического наблюдения [Kessing L.V., 2004].

Степень разработки темы исследования

По настоящее время не имеет решения вопрос нозологической принадлежности невротических депрессий. Так, ряд исследователей [Ушаков Г.К., 1978; Лакосина Н.Д. и соавт., 1994], рассматривает НД в качестве психогении на траектории РЛ, где депрессивный невроз является (нередко) начальным этапом невротического развития. Другие авторы, опираясь на данные катamnестических исследований, указывают на возможность перехода НД в аффективную, а также эндогенно-процессуальную патологию [Akiskal H.S. et al. 1978; Kessing L.V., 2004].

Наряду с указаниями на немаловажный вклад в развитие НД личностного фактора (в совокупности с внешними фрустрирующими воздействиями) [Völkel H., 1959; Roth M. et al., 1997; Völter C. et al., 2012], остается дискуссионным вопрос о конституциональной предрасположенности пациентов с депрессивным неврозом. 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 [Chiapelli J., 2014; Harvey P.D., 2016].

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 [Mountjoy C. et al., 1977; Goldberg H. et al., 1980; Rowan P. et al., 1982], 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.

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

Задачи исследования:

1. определить психопатологические характеристики НД;
2. проанализировать нозологическую принадлежность невротических депрессий (с привлечением клиничко-катамнестических данных);
3. установить соотношения психопатологической структуры с аспектами динамики НД;
4. определить преморбидные особенности пациентов, а также установить субъективно значимые фрустрирующие факторы, соучаствующие в формировании НД;
5. разработать терапевтические подходы для лечения невротических депрессий.

Научная новизна исследования

В отличие от ранее проведенных исследований, касающихся рассмотрения особенностей психопатологических проявлений НД [Карвасарский Б. Д. 1990; Völkel H., 1959; Ghaemi S.N., 2008; Ghaemi S.N. et al., 2012] в представленной диссертационной работе впервые сформулирована типология данных состояний (с выделением двух клинически неоднородных групп), основывающаяся на гетерогенности денотативных комплексов, лежащих в основе депрессий.

При определении особенностей динамики депрессивного невроза, в противовес разнородным данным авторов [Лакосина Н.Д. и соавт., 1994; Akiskal H.S. et al., 1978; Kessing L.V., 2004], на основании результатов катамнестического обследования, установлена возможность формирования НД в клиническом пространстве различных нозологий: как в рамках расстройств шизофренического и аффективного спектра, так и в качестве психогении на траектории РЛ.

Подробно изучены факторы, соучаствующие в формировании НД. Показано, что наряду с фрустрирующими обстоятельствами немаловажный вклад имеет личностная предрасположенность. В отличие от ранее проведенных исследований [Лакосина Н.Д., 1970; Roth M. et al., 1997] установлена возможность развития НД у пациентов с различными конституциональными особенностями, в том числе, у лиц с характерологическими чертами кластера А (DSM-5). Особое значение имеет выявляемый общий личностный паттерн – виктимность / псевдовиктимность, характеризующий способность пациента попадать и длительно пребывать в психотравмирующей ситуации.

В отличие от исследований, касающихся лечения НД [Бунькова К.М., 2008; Полторац С.В. и соавт., 2012; Мельников А.И. и соавт., 2014; Goldberg H. et al., 1980; Rowan P. et al., 1982] впервые представлены аргументированные дифференцированные терапевтические алгоритмы, основывающиеся на установленной в настоящей работе типологической дифференциации и особенностях нозологической принадлежности депрессивного невроза.

Теоретическая и практическая значимость исследования

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

Методология исследования

Методы исследования включали психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, патопсихологический с использованием психологических опросников. 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. 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: 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. НД может формироваться у пациентов с различной личностной предрасположенностью, в том числе с конституциональными особенностями кластера А.

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

Степень достоверности результатов проведенного исследования

Достоверность научных положений и выводов обеспечивается репрезентативностью клинической выборки. Методы исследования, использованные при проведении настоящей работы,

полностью соответствуют поставленным задачам. Также научные положения, выводы и рекомендации являются достоверными и обоснованными в связи с четким соблюдением разработанного дизайна исследования, критериев включения и невключения, подтверждения клинических выводов с помощью соответствующих психометрических и блока психологических квантифицированных методик. Обоснованность полученных данных и выводов подтверждена не только клинически, но и результатами статистической обработки заданных параметров.

Личный вклад автора

Автором самостоятельно разработан дизайн научной работы, проанализированы данные литературы, проведено психопатологическое и катamnестическое 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. Соискателем осуществлялась подготовка публикаций по теме исследования, формирование структуры и написание глав диссертации, формулирование выводов и практических рекомендаций. Экспертная оценка психической патологии обследованных пациентов производилась в рамках расширенных консультаций под председательством академика РАН А.Б. Смулевича с участием научного руководителя д.м.н. Б.А. Волель.

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 ИКМ 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.

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.

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.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы 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 РФ (ректор – академик РАН, проф. П.В. Глыбочко).

Дизайн настоящего исследования предполагал проведение двух этапов. **I этап** исследования включал скрининг депрессивных расстройств среди 285 пациентов, получавших стационарное лечение в ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья» (147 набл.) и в психотерапевтическом отделении (138 набл.), давших информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Процедура скрининга включала оценку 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 депрессиями, соответствующими критериям гипотимических состояний, возникающих под воздействием психотравмирующих обстоятельств. На **II этапе** в результате комплексного клинического обследования, в том числе проведения клинического интервью, была сформирована клиническая выборка с НД, в которую вошли 92 наблюдения (47 набл. – в ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья», 45 набл. – в ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, УКБ №3, психотерапевтическое отделение), средний возраст – $35,5 \pm 11,6$ лет.

Результаты катамнеза (в среднем через $19,6 \pm 6,4$ месяцев от первичного осмотра) получены в 70 наблюдениях (женщин – 65, мужчин – 5; средний возраст – $36,8 \pm 12,0$ 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) таковое 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 (на основании данных работ, посвященных изучению НД) были разработаны **исследовательские критерии включения**: 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 НД, 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 не включения: 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.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая выборка включала 92 наблюдения (женщин – 85, мужчин – 7, средний возраст – $35,5 \pm 11,6$ лет). Преобладание при гендерном распределении лиц женского пола (92,4%) согласуется с данными литературы о большей распространенности НД у женщин [Brodaty H. et al., 2001; Vetter P.H. et al., 2001].

Анализ социально-трудового статуса выявил признаки социальной дезадаптации: так, несмотря на отсутствие инвалидности по психическому заболеванию, 51,1% пациентов длительно не работали, а 39,1% 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.

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: 1) НД с виктимизацией со страхом сепарации – тревожно-фобический комплекс; 2) НД с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании – сверхценный комплекс.

НД с виктимизацией со страхом сепарации – тревожно-фобический комплекс. Данную группу составили 49 наблюдений (42 женщины, 7 мужчин, средний возраст – $38,1 \pm 10,6$ лет).

Депрессии у пациентов данной группы провоцируются рядом неспецифических фрустрирующих факторов: внутрисемейные неурядицы, тяжелая болезнь родственника, конфликты на рабочем месте. При этом облигатным условием является неспособность пациента разрешить психотравмирующую ситуацию: целая совокупность неблагоприятно складывающихся обстоятельств представляется непреодолимой.

Длительное пребывание в стрессогенной обстановке опосредовано рядом присущих пациентам данной группы личностных паттернов: 1) наличие психастенических свойств с конформностью, боязливостью, повышенной тревожностью, склонностью к самокопаниям и рефлексии, несамостоятельностью в принятии решений; 2) личностные особенности, присущие «моральным мазохистам» [Кернберг О.Ф., 2005] с характерной чрезмерной чувствительностью к недостатку межличностных интеракций, поддержки, руководства со стороны значимых других.

Облигатным свойством для всех лиц с НД с тревожно-фобическим комплексом является феномен виктимизации, ассоциированный с невозможностью разрешить сложившуюся ситуацию, – пациенты данной группы являются жертвами собственной беспомощности и зависимости.

Среди преморбидных черт у большинства пациентов выявляются личностные девиации, присущие кластеру А (DSM-5): шизоидное РЛ – 5 наблюдений (10,2%), шизотипическое РЛ – 20 наблюдений (40,8%), а также характерологические особенности комплексной структуры (шизоидные истерики [Симпсон Т.П., 1958]) – 6 наблюдений (12,2%). В 1/3 наблюдений (36,7%) отмечаются конституциональные черты кластеров В и С.

Во всех изученных случаях речь идет о тревожных депрессиях (средний балл HAM-D $19,0 \pm 4,7$) с доминирующим в клинической картине персистирующим тревожно-фобическим комплексом, определяющимся страхом сепарации [Manicavasagar, V. et al., 1999; Варга А.Я., 2009].

Денотат депрессии составляют тревожные размышления с идеями неудовлетворенности жизнью, несостоятельности (в семейной, профессиональной сферах), самоупреки в нерешительности, вынужденной зависимости от членов семьи. Так, несмотря на желание справиться с длительно существующей психотравмирующей ситуацией (оформить развод с

конфликтным супругом, уволиться с не устраивающей работы и пр.), пациенты сомневаются в своих способностях обеспечить собственное существование. При этом при условии даже непродолжительной по времени разлуки с родственниками с необходимостью проявления самостоятельности, пациенты (в силу личностных особенностей с зависимостью, боязливостью) испытывают усиление тревоги, страх потери поддержки со стороны значимого другого, в связи с чем продолжают пребывать во фрустрирующей обстановке.

В клинической картине также выявляется астено-невротическая симптоматика в виде гиперестетической астении (среднее значение MFI-20 – $56,0 \pm 12,9$). В ряде случаев (44,0%) отмечается присоединение черт реактивной лабильности [Kleist K., 1924] с неспособностью сдерживать раздражительность в ответ на незначительные внешние стрессовые воздействия. Среди других симптомокомплексов – соматизированные проявления (41 набл., 83,7%) в виде сердечно-сосудистых, гастроинтестинальных, дыхательных феноменов, а также разнообразных телесных ощущений (внутренний тремор, приливы жара и озноба, парестезии, чувство дурноты).

Ухудшение самочувствия пациенты отмечают в вечернее время, что определяется большей выраженностью астенических проявлений. В 43 наблюдениях (87,7%) выявляются нарушения сна, обусловленные наплывами тревожных руминаций. Выраженной потери массы тела не отмечается.

Среди наиболее часто устанавливаемых диагнозов в данной группе – расстройства шизофренического спектра (шизотипическое расстройство (МКБ-10, F21) – 32,7%, шизотипическое РЛ (DSM-5, 301.22) – 30,6%); реже определяются заболевания аффективного круга (МКБ-10, F32.1 / F33.1 / F34.1) – 26,5%; расстройство личности (МКБ-10, F60.4) – 10,2%.

НД с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании, – сверхценный комплекс. В группу вошли 43 наблюдения (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 («фанатики чувств» [Ганнушкин П.Б., 1933]) с конституциональными характеристиками, присущими «страстным идеалистам» [Воронова Е.И., 2016; Dide M. et al., 1929] со склонностью к «экстатическим» привязанностям [Дубницкая Э.Б., 1979; Фильц А.О., 1987]. 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» [Пинаева Е.В., 2002].

Пациентам присущи личностные девиации с ведущей истерической дименсией – истеро-паранойяльное [Личко А.Е., 1977] (36 набл., 83,7%) и гистрионное РЛ (7 набл., 16,3%).

Депрессивная симптоматика возникает в первые же сутки после воздействия фрустрирующего фактора и соответствует клинической картине истеро-депрессии с преобладанием плаксивости, раздражительности. Подавленность, выявляемая при НД у пациентов данной группы, сочетается с проявлениями подчеркнутой демонстративности (тягостное чувство в за грудиной проекции, 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 $19,0 \pm 4,7$, $p < 0,01$).

Денотат депрессии определяется кататимным комплексом, ассоциированным с неспособностью разорвать нескладывающиеся отношения с избранником в силу патологической любви. 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 сами пациенты являются инициаторами конфликтных ситуаций (в силу эгоцентричности, капризности, неспособности к поддержанию эмоционально глубоких отношений), впоследствии принимая экстрапунитивную позицию и рассматривая себя в роли жертвы несправедливого отношения значимого другого, внешних обстоятельств. Таким образом, в отличие от НД с явлениями виктимизации со страхом сепарации, происходит формирование псевдовиктимности.

В 36 наблюдениях (83,7%) 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. В ряде случаев кататимные образования усложняются за счет присоединения элементов магического мышления (ощущение «духовной связи с партнером», «предначертанности» встреч, «знаков свыше»).

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 в 83,7% случаев, снижение аппетита со значимой потерей в весе – у 41,9%.

В 32 наблюдениях (74,4%) еще в подростковом возрасте любовные коллизии становятся источником психогений (длительностью до 10-14 дней), сопровождающихся невыраженной гипотимией и конверсионной симптоматикой.

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 НД также свидетельствуют о гетерогенности изучаемых депрессивных состояний.

Катамнестическую выборку (из числа обследованных 92 наблюдений) составили 70 наблюдений (женщин – 65, мужчин – 5, средний возраст – $36,8 \pm 12,0$ лет). Средняя длительность катамнеза составляла $19,6 \pm 6,4$ месяцев.

Установлено, НД могут реализоваться в рамках различной нозологии: при расстройствах шизофренического спектра (27 набл., 38,6%), в рамках аффективной патологии – депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, дистимия (24 набл., 34,3%), а также в качестве психогений на траектории РЛ (19 набл., 27,1%).

Среди аспектов динамики НД, выявляемых на момент катамнестического обследования, удастся определить 3 варианта течения заболевания: а) затяжное по типу дистимии – 19 наблюдений (27,1%); б) ремиссия при рекуррентном течении (синдромальная, симптоматическая) – 28 наблюдений (40,1%); в) рецидив при рекуррентном течении в виде повторных аффективных фаз (психогенных, аутохтонных) – 23 наблюдений (32,8%).

При рассмотрении социо-демографических показателей на момент катамнестического обследования удастся установить, что пациенты с НД, реализующейся в качестве психогении на траектории РЛ, во всех случаях сохраняют присущую ранее работоспособность. В то время как у большинства пациентов с НД, возникающей при расстройствах шизофренического спектра (25 набл., 92,6%), определяется снижение трудовой квалификации. При этом, 20,8% пациентов с НД, возникающими в рамках патологии аффективного круга, вернулись к работе на фоне проводимой терапии (при отсутствии трудовой занятости на момент первичного осмотра). Несмотря на выявляемый более высокий уровень адаптации в семейной сфере у пациентов с НД при расстройствах шизофренического спектра (25 набл., 92,6%) и аффективной патологии (23 набл., 95,8%), данное обстоятельство не свидетельствует о благополучности складывающихся отношений (в 62,5% случаев внутрисемейные неурядицы являются ведущими фрустрирующими событиями).

По результатам клинико-динамического наблюдения удастся установить ряд клинических маркеров (выявляемых уже на момент первичного осмотра), позволяющих судить о нозологической принадлежности НД. В отношении развития НД в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра предиктивными являются симптомы типа avolition [Galderisi S. et al.,

2019], процессуальные нарушения когнитивных функций, наличие в преморбиде характерологических особенностей кластера А [Снежневский А.В., 1983; Kirkpatrick B. et al., 2008]. На формирование НД в рамках аффективной патологии указывают наличие депрессивных фаз в анамнезе, явления девитализации и суточный ритм в состоянии [Смулевич А.Б., 2015; Azorin J.M. et al., 2009]. О возникновении НД в качестве психогении на траектории РЛ свидетельствует истеро-депрессия с ведущим аффектом раздражительности, дисфории [Roth M. et al., 1997], полиморфная конверсионная симптоматика с отсутствием витальных проявлений [Ghaemi S. N. et al., 2011].

НД, формирующиеся в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра (27 набл., женщин – 22, мужчин – 5; средний возраст – $37,1 \pm 8,9$ лет), на момент катamnестического 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, 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.

Наряду с депрессивными проявлениями в 21 наблюдении (77,8%) определяются симптомокомплексы, присущие заболеваниям шизофренического спектра – негативные расстройства по типу avolition («апатия-абулия» SANS $3,4 \pm 0,4$ балла; «волевые нарушения» PANSS $4,7 \pm 0,9$ балла), выраженные астенические проявления (средний балл MFI-20 $80,0 \pm 9,9$), а также нарушения когнитивных функций в виде резонерства, амбивалентности, шперрунгов.

Стоит отметить, что в 70,4% случаев явления типа avolition (апатия, абулия) выявляются еще на момент первичного осмотра (балл «апатия-абулия» SANS – $3,1 \pm 0,7$, «пассивная социальная самоизоляция» PANSS – $4,5 \pm 0,9$, «волевые нарушения» PANSS – $4,4 \pm 1,1$), 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 [Смулевич А.Б. и соавт., 2018]. При этом при воздействии негативных расстройств происходит трансформация конституциональных аномалий с генерализацией ранее латентных, не являющихся преобладающими в личностном профиле характерологических дименсий («минус-радикалы» [Sjobring H., 1973]) – психастенических черт. Формирующийся у пациентов синдром псевдопсихастении сопровождается усилением выраженности нерешительности, неуверенности в себе, склонности к сомнениям, зависимости от членов семьи с сознанием собственной беспомощности. Нарастание дефицитарной симптоматики сопровождается появлением реактивной лабильности.

Согласно полученным данным прогноз при НД, формирующихся в рамках расстройств шизофренического спектра, неблагоприятный – 14 пациентов (51,9%) на момент катамнестического обследования не работали более 12 месяцев.

У пациентов в преморбиде выявляются характерологические особенности кластера А (DSM-5): шизоидное РЛ (5 набл., 18,5%), шизотипическое РЛ (16 набл., 59,3%), шизоидные истерики (6 набл., 22,2%).

Для **НД, возникающих в клиническом пространстве аффективной патологии** (24 набл., все женщины; средний возраст – $39,3 \pm 9,8$ лет) характерно наличие в структуре психопатологических проявлений эндогенных черт, нарушений витальных функций (укорочение сна, снижение аппетита, патологический циркадианный ритм).

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 [Смулевич А. Б. и соавт., 2012]. Так, в 16 наблюдениях (68,0%) зарегистрирована склонность к возникновению гипотимических / «подпороговых» эпизодов в анамнезе. Сами аффективные состояния имеют вид циклотимии на гетерогенной почве: у пациентов в преморбиде выявляются патохарактерологические особенности, присущие лицам неаффективного кластера.

В соответствии с вариантами динамики (рекуррентное / по типу дистимии), а также гетерогенностью клинических проявлений аффективных фаз выделены 2 подгруппы пациентов.

1 подгруппа – НД, формирующиеся при рекуррентной аффективной патологии, 15 наблюдений (все женщины, средний возраст – $39,3 \pm 9,4$ лет). В клинической картине на первом плане – тоска, лишенная свойств физикальности, преимущественно идеаторного содержания. В денотате депрессии доминируют идеи малоценности, бесперспективности, упреки в собственной неудачливости, неспособности разрешить фрустрирующую ситуацию (средний балл НАМ-D – $23,6 \pm 6,8$). Также выявляются жалобы на апатию в виде потери интересов к ранее радовавшим видам деятельности, безразличия к окружающему, ангедонии, что отличает апатическую симптоматику от таковой при НД, возникающих в рамках расстройств шизофренического спектра и сопровождающихся преобладанием мотивационного и волевого снижения.

Наряду с тоской и апатией в клинической картине выявляются астенические расстройства (MFI-20 $67,6 \pm 12,5$), формирующие комплекс «витальной астении» [Колюцкая Е.В., 1993].

В структуре депрессий 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 депрессий удается выявить, что все пациенты 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.

Выявляется тенденция к аутохтонной манифестации депрессий со снижением триггерных функций фрустрирующих обстоятельств по мере увеличения количества депрессивных фаз. При этом 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 со временным снижением уровня трудовой и социальной адаптации (9 пациентов (33,3%) временно переставали работать). Выявляемая особенность может косвенно свидетельствовать о возможной хронификации НД на отдаленных этапах течения.

Данную подгруппу составляют пациенты с наличием в преморбиде особенностей неаффективного кластера (тревожные истерики [Millon T., 1981] – 8 набл., 53,3%, зависимое РЛ – 7 набл., 46,7%). При этом предрасположенность к возникновению депрессий на фоне негативных событий обуславливает наличие среди облигатных личностных особенностей черт зависимости.

2 подгруппа – НД, реализующиеся в рамках аффективной патологии, протекающей по типу дистимии (9 набл., все женщины, средний возраст $33,2 \pm 8,7$ лет). Среди наиболее важных клинических особенностей – амальгамирование аффективных и личностных расстройств: симптомы депрессии (НАМ-D – $12,3 \pm 2,1$ балла) в виде дисфории, пессимистичности начинают восприниматься пациентами в качестве приобретенной черты характера («характерологическая депрессия»/ «характерологическая дистимия» [Колюцкая Е.В., 1993; Ghaemi S.N. et al., 2012]).

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. Происходит амплификация конституциональных дименсий с раздражительностью, требовательностью, манипулятивностью и пр.

В клинической картине выявляются разнообразные соматизированные, конверсионные феномены, жалобы на быструю психическую утомляемость (однако средний балл MFI-20 не превышает показателей легкой степени – $34,8 \pm 7,9$ баллов), дисфункцию 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 – 6 наблюдений (66,7%), гистрионное РЛ – 3 наблюдения (33,3%).

НД, возникающие в качестве психогений на траектории РЛ (19 набл., все женщины; средний возраст – $33,7 \pm 7,9$ лет). 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, разделение на подгруппы основывалось на неоднородности ведущих клинических характеристик, а не в соответствии с типом течения.

1 подгруппа – НД, формирующиеся в качестве психогений на траектории РЛ и имеющие вид истероидной дисфории [Liebowitz M. et al., 1979] (16 набл., средний возраст $33,1 \pm 8,4$ лет), клинически гипотимические состояния имеют вид истеро-депрессии со слезливостью, раздражительностью, а также конверсионной симптоматикой, представляя собой атипичные депрессии (и психопатологически соответствуют НД с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании – сверхценный комплекс).

2 подгруппа – тревожно-невротические депрессии в рамках РЛ (3 набл., все женщины; средний возраст $36,2 \pm 8,4$ лет). В клинической картине на фоне гипотимии ведущее место занимает тревожная симптоматика (тревожно-фобический комплекс) – НД с явлениями виктимизации со страхом сепарации.

По мере динамики при обоих вариантах не происходит изменений структуры аффективных расстройств. 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. (на момент катамнестического обследования в 12 набл. (63,2%) определялась синдромальная ремиссия, в 7 набл. (36,3%) – повторная НД по типу психогении на траектории РЛ, непосредственно связанная с сохраняющимися фрустрирующими обстоятельствами). Отмечается расширение полиморфизма конверсионной и органоневротической симптоматики, что приводит к формированию в ряде случаев (47,4%) ипохондрической фиксации на собственном состоянии.

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.

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 набл.). Длительность наблюдения за пациентами в терапевтическом исследовании – 3 месяца (12 недель) – 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 психофармакотерапию. Необходимость назначения лекарственных агентов (в том числе и их парентеральных форм) обусловлено степенью дезадаптации пациентов, затяжным характером гипотимических состояний (не менее 6 месяцев), в ряде случаев – рекуррентным течением, а также неэффективностью ранее назначаемого амбулаторного лечения.

С учетом гетерогенности психопатологических характеристик и реализации НД в рамках различных нозологий сформированы **3 терапевтические группы пациентов**, в каждой из которых лечение проводилось по отдельным алгоритмам, включающим 2 основных этапа.

На I этапе 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. Формирования 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 II этапе дифференцированное назначение терапии определялось доминирующим в клинической картине НД **психопатологическим симптомокомплексом**. У всех пациентов с НД, возникающих при расстройствах шизофренического спектра, ведущим являлся 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 клинически и при помощи батареи психометрических шкал. Первичная точка оценки – динамика балла шкалы HAM-D. Эффективность/неэффективность терапии устанавливалась на основании достижения 50% редукции баллов шкалы от зарегистрированного в начале исследования. Показатели остальных шкал (CGI, MFI-20, SANS, PANSS, SCL-90) являлись вторичными точками оценки состояния. Нежелательные эффекты терапии регистрировались по Шкале оценки побочных эффектов (UKU).

В результате разработки терапевтических алгоритмов определены основная и дополнительные мишени, в отношении которых осуществлялось терапевтическое вмешательство. Так, основной мишенью терапии являлась непосредственно депрессивная симптоматика, в то время как дополнительные мишени были специфичны для каждой из выделенных групп.

При НД, формирующихся в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра (27 набл.), дополнительная мишень терапии – 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). Во время стационарного лечения пациенты получали курс парентеральных препаратов (с целью более эффективного воздействия на явления типа avolition назначался сульпирид, при доминировании в клинической картине астенической симптоматики – пирацетам, при наличии тревоги – с учетом ведущего тревожно-фобического комплекса – бензодиазепиновые транквилизаторы).

По прошествии 3 месяцев отмечалось значимое уменьшение выраженности депрессивных расстройств – показатели HAM-D $9,1 \pm 1,4$ балла (vs $17,7 \pm 5,2$, $p < 0,05$). Однако доля респондентов по результатам шкалы CGI-I была не столь высока – 63,0%. Недостаточная редукция клинических проявлений обуславливалась наличием в структуре психопатологических симптомокомплексов негативных расстройств. Так, происходила значимая ($p < 0,05$), но не достигающая 50% редукция астении по 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 использовались техники когнитивно-поведенческой (метакогнитивной) терапии, направленные на повышение социальной и трудовой адаптации пациентов, когнитивный тренинг, обучение эффективным стратегиям решения межличностных проблем, распознавание дезадаптивных паттернов мышления и изменение стратегий поведения.

При **НД с тревожно-фобическим комплексом, формирующимся в рамках аффективной патологии и на траектории РЛ** (20 набл.), мишени терапии – тревога, соматизированные и астенические расстройства. В связи с этим наряду с антидепрессантом (СИОЗС/НАССА/значительно реже – СИОЗСиН) с целью воздействия на тревожную симптоматику назначались транквилизаторы бензодиазепинового ряда (клоназепам, алпразолам), небензодиазепиновый анксиолитик этифоксин. При неэффективности терапии в отношении тревожной и соматизированной симптоматики присоединялись препараты габапентиноидного ряда (прегабалин, габапентин), реже – кветиапин. Во время нахождения в стационаре пациентам проведен курс парентеральной терапии (в связи с выраженной тревогой использовались транквилизаторы, при рекуррентном течении с тенденцией к эндогенизации – ТЦА).

При оценке по CGI-I процент респондеров к окончанию трех месяцев терапии составил 88,9%. Выявлено значимое снижение выраженности депрессивной симптоматики – средний балл НАМ-D $8,1 \pm 3,1$ (vs $19,3 \pm 4,8$, $p < 0,01$), 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.

Для коррекции тревожно-фобических симптомокомплексов среди психотерапевтических подходов использовались методики когнитивно-поведенческой терапии, семейная психотерапия, направленные на исправление дисфункциональных отношений со значимым другим с проработкой внутрисемейных конфликтов, выработкой копинг-стратегий в отношении тревоги.

В отношении терапии **НД со сверхценным комплексом (в рамках аффективной патологии по типу характерологической дистимии и в качестве психогении на траектории РЛ)** (23 набл.) необходимым являлось воздействие на дисфорию, конверсионную симптоматику. 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).

К концу третьего месяца терапии отмечалась достигающая статистически значимых показателей редукция депрессивных симптомов по шкале НАМ-D $6,2 \pm 1,4$ (vs $12,4 \pm 3,3$, $p < 0,01$), а также 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 $1,6 \pm 0,2$ ($p < 0,01$). Процент респондеров высокий – составил 96,2%.

При доминировании в клинической картине сверхценного комплекса использовались методики рациональной, суггестивной, интерперсональной психотерапии, а также когнитивно-поведенческая психотерапия, направленная на предотвращения рецидивов аддиктивного поведения

(love addiction [Earp B.D. et al., 2017]) и позволяющая сформировать стабильную установку на профессиональную деятельность (в форме трудовой аддикции).

Частота побочных эффектов в настоящем исследовании сопоставима с данными других авторов о характере и частоте нежелательных явлений терапии различными медикаментозными агентами (антидепрессантами, антипсихотиками) [Rakesh J., 2004; Stahl S.M. et al., 2005]. Таким образом, предложенные в настоящем исследовании терапевтические схемы являются хорошо переносимыми.

Исследование эффективности дифференцированной терапии демонстрирует различный ответ выделенных на основании разработанных алгоритмов групп на терапию. Хуже всего поддаются лечению НД, манифестирующие в рамках 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 комплексом (96,2% респондеров), что отражает меньшую выраженность и полиморфизм психопатологических проявлений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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 нетяжелым уровнем депрессивных расстройств и включает в себя персистирующий денотативный комплекс, астено-невротические и соматизированные проявления.

Гетерогенность НД определяется психопатологическим (денотативным) комплексом – тревожно-фобический / сверхценный.

1.1. В клинической картине НД с тревожно-фобическим комплексом (НАМ-D - $19,0 \pm 4,7$ балла) превалирует тревожная симптоматика, руминативное мышление, нерешительность, сосуществующая с неспособностью изменить ситуацию, зависимостью и страхом сепарации со значимым другим с формированием феномена виктимизации; выявляется астено-невротическая симптоматика средней степени выраженности (MFI-20 – $56,0 \pm 12,9$).

1.2. В клинической картине НД со сверхценным комплексом (НАМ-D - $11,8 \pm 3,4$ балла) доминируют истеро-конверсионные симптомы, дисфория, идеи недовольства объектом

привязанности, несоответствия значимого другому ожиданиям с неспособностью завершить отношения патологической любви (пограничная эротомания); выявляются астенические проявления более легкой степени выраженности (MFI-20 - $27,8 \pm 6,7$, $p < 0,01$).

2. Нозологическая квалификация НД осуществляется с учетом данных катамнестического обследования 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 в отношении нозологической специфичности: 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. Виктимность присуща для пациентов с НД с явлениями виктимизации со страхом сепарации: характерны высокие показатели SCL-90 по шкале «тревожность» – $1,9 \pm 0,4$ балла, акцентуация в ОЧХ-В по шкалам эмотивности, тревожности, дистимности. Псевдовиктимность присуща для пациентов с НД с привязанностью, формирующейся при явлениях пограничной эротомании: характерны высокие баллы по шкале «враждебность» SCL-90 – $2,0 \pm 0,4$, 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 является психофармакотерапия в комбинации с психотерапевтической интервенцией. 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; психотерапевтические методики направлены на коррекцию тревожно-фобического комплекса с исправлением дисфункциональных отношений со значимым другим с проработкой внутрисемейных конфликтов, выработкой копинг-стратегий в отношении тревожной симптоматики.

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); психотерапевтические методики направлены на коррекцию сверхценного комплекса с формированием стратегий контроля над поведенческими реакциями, предотвращением аддиктивного поведения с установкой на профессиональную деятельность.

5.3. При терапии НД, возникающих в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра, эффективна (63,0% респондеров) комбинация: антидепрессант (преимущественно СИОЗС / СИОЗСиН) + атипичный антипсихотик; психотерапевтические методики преимущественно направлены на социальную и трудовую адаптацию, когнитивный тренинг, обучение эффективным стратегиям решения межличностных проблем, распознавание дезадаптивных паттернов мышления и изменение стратегий поведения.

Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы

1. Обследование и лечение пациентов с депрессиями, возникающими под воздействием фрустрирующих факторов, требует своевременного выявления психопатологической симптоматики, оценки степени ее выраженности (в том числе с использованием психометрических методик), проведения рационального медицинского вмешательства.

2. При первичном обследовании пациентов с НД необходимо определять денотативные комплексы, являющиеся ведущими среди психопатологических проявлений и предиктивными в отношении развития депрессии в рамках той или иной нозологии.

3. Терапия при НД включает привлечение психофармакотерапии и психотерапии. Подходы к лечению должны быть дифференцированы в соответствии с разработанными алгоритмами, соотносящимися с типологическими вариантами и нозологической принадлежностью НД.

Перспективы дальнейшей разработки настоящей темы заключаются в проведении клинических исследований на контингенте пациентов с НД с учетом представленной в работе типологии, ее взаимосвязи с течением и нозологической принадлежностью депрессивного невроза. Полученные в результате настоящего исследования алгоритмы терапии НД нуждаются в дальнейшем уточнении при помощи рандомизированных исследований.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

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: проблема нозологической квалификации / О. Ю. Сорокина, Б. А. Волель // Психиатрия. – 2019 – Т. 81. – №1. – с. 6-19.
4. **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.
5. **Сорокина, О. Ю.** Невротическая депрессия (обзор литературы) / О. Ю. Сорокина, В. В. Читлова // Психические расстройства в общей медицине. – 2016. – №4. – С. 28-33.
6. **Сорокина, О. Ю.** Стресс-индуцированные депрессии невротического уровня при расстройствах шизофренического спектра / О. Ю. Сорокина, В. М. Лобанова // Сборник тезисов XIII Всероссийской Школы молодых психиатров «Суздаль-2017». – 2017. – С. 332-335.
7. **Сорокина, О. Ю.** Подходы к терапии депрессий в клинической практике / Б. А. Волель, О. Ю. Сорокина // Медицинский совет. – 2018. – №1. – С. 118-122.

Список сокращений

АМАСР – агонист мелатонинергических и антагонист серотонинергических рецепторов

НАССА – норадренергический и серотонинергический антидепрессант

НД – невротическая депрессия

ОЧХ-В – опросник черт характера взрослого человека

РЛ – расстройство личности

СИОЗС – селективный ингибитор обратного захвата серотонина

СИОЗСиН – селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина

ТЦА – трициклический антидепрессант

НАМ-D – шкала Гамильтона для оценки депрессии

MFI-20 – субъективная шкала оценки астении

PANSS – шкала оценки позитивных и негативных синдромов

SANS – шкала оценки негативной симптоматики

SCL-90 – опросник выраженности психопатологической симптоматики