

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

*На правах рукописи*

ГЕДЕВАНИ ЕКАТЕРИНА ВЛАДИМИРОВНА

**ЭНДОГЕННЫЕ ДЕПРЕССИИ С АДИНАМИЧЕСКИМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ**

(вопросы психопатологии, клиники и дифференциальной диагностики)

14.01.06 - Психиатрия

Д и с с е р т а ц и я  
на соискание ученой степени кандидата  
медицинских наук

Научный руководитель –  
академик РАН,  
доктор медицинских наук  
профессор А.С. Тиганов

Москва – 2016

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. Обзор литературы.....	12
ГЛАВА 2. Характеристика материала и методы исследования.....	26
ГЛАВА 3. Особенности психопатологии и течения эндогенных динамических депрессий .....	31
3.1. Общие феноменологические и психопатологические характеристики динамических расстройств.....	31
3.2. Психопатологическая характеристика простых динамических депрессий.....	35
3.3. Психопатологическая характеристика полиморфных динамических депрессий .....	40
3.3.1. Конъюгированный вариант полиморфной динамической депрессии.....	41
3.3.2. Волатильный вариант полиморфной динамической депрессии...47	
ГЛАВА 4. Клинические и патогенетические особенности эндогенных заболеваний, протекающих с формированием динамических депрессий....	54
4.1. Клинические и патогенетические особенности эндогенных заболеваний аффективного круга, протекающих с формированием простых динамических депрессий.....	54
4.2 Клинические и патогенетические особенности шизофрении, протекающей с формированием полиморфных динамических депрессий.....	64
4.2.1. Клинические особенности шизофрении с выраженной прогредиентностью.....	67
4.2.2. Клинические особенности шизофрении с малой прогредиентностью.....	73
ГЛАВА 5. Особенности терапии эндогенных динамических депрессий.....	91
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	102

ВЫВОДЫ.....	121
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ.....	126
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	127
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	153

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность проблемы исследования**

Проблема изучения аффективных эндогенных состояний по-прежнему остаётся актуальной. В настоящее время распространённость депрессии достигает по некоторым данным до 16,9 % [81,118,146]. Значительный интерес исследователей к этой проблеме возникает не только благодаря её широкой распространённости и высокому уровню психосоциальных нарушений у больных, страдающих аффективной патологией. Он обусловлен также сложностью и нерешённостью многих спорных вопросов, связанных с систематикой и нозологической оценкой эндогенных аффективных состояний депрессивного спектра. Наиболее неопределённым является вопрос клинико-психопатологических особенностей эндогенных динамических депрессий.

При изучении трудов отечественных и зарубежных психиатров можно встретить разные названия этого состояния: «анергическая депрессия» [64], «antriebdepression» [203]. Большинство исследователей, при описании адинамии, избегают самого этого понятия, используя термины «хроническая усталость», «утомляемость», «моторная заторможенность», «гиперсомния» [133,151,154].

Изменение интенсивности динамических проявлений, их связь с другими психопатологическими расстройствами в картине депрессий остаются неясными. Многие исследователи, не выделяя динамические депрессии в самостоятельную группу, описывают динамический компонент в структуре простых заторможенных, меланхолических, тоскливых депрессий или ограничиваются самым общим описанием психопатологической картины данных состояний [4,20,21,105,158,160,165,169].

Актуальность проблемы динамических депрессий высока, так как

довольно часто они имеют тенденцию к длительному течению, приближаясь в этих случаях к психопатологической картине затяжных или хронических депрессий. В связи с этим весьма важен вопрос об изучении различных вариантов течения адинамических депрессий для установления прогноза и определения выбора терапевтической тактики этих состояний.

Таким образом, нерешённость задач клинико-психопатологической систематики, нозологической оценки адинамических эндогенных депрессий, а также их прогностическое значение в течение эндогенных заболеваний подтверждает актуальность данного направления настоящей работы.

### **Степень разработанности проблемы исследования**

До сих пор обсуждается вопрос о месте адинамии в современной классификации депрессий, об их нозологической дифференциации, что обусловлено малым числом исследований, посвящённых изучению этого варианта депрессий. Некоторые исследователи рассматривают эти состояния исключительно в рамках шизофрении [13,136,186], не сравнивая их с подобными расстройствами в структуре аффективных заболеваний. Другие расценивают адинамические нарушения как проявления глубины депрессивного состояния [69], или не ставят границ между адинамическими депрессивными состояниями и простыми заторможенными и астеническими депрессиями [17]. Наиболее часто в научных трудах говорится о сходстве апатических и адинамических депрессий, некоторые исследователи считают адинамические депрессии одной из разновидностей апатических [83].

Таким образом, аффективная природа адинамических расстройств нередко ускользает от взгляда многих исследователей. В силу недостаточной изученности адинамических депрессий не разработана их типологическая классификация, не определена их роль в рамках отдельных нозологических единиц.

**Целью** настоящего исследования является проведение клинико–психопатологического анализа эндогенных депрессий с динамическими расстройствами для разработки их типологии, изучения особенностей, связанных с течением заболеваний, в которых они формируются, решение вопросов прогноза и терапии.

В соответствии с указанной целью были поставлены следующие **задачи**:

1. Исследование психопатологических особенностей динамических расстройств в структуре эндогенных депрессий.
2. Выделение критериев разграничения динамических расстройств и схожих психопатологических образований (апатических и астенических расстройств).
3. Разработка типологии данного вида депрессий.
4. Изучение закономерностей течения динамических депрессий и их прогностическая оценка, взаимосвязь динамических расстройств с другими проявлениями депрессивного синдрома.
5. Определение нозологических критериев оценки депрессий с динамическими расстройствами.
6. Определение оптимальной терапевтической тактики эндогенных динамических депрессий в зависимости от их структуры и нозологической принадлежности.

### **Научная новизна исследования**

В отличие от существующих ранее подходов к квалификации динамических расстройств, которые большинством исследователей не

рассматривались самостоятельно [10,16,69,89,92,117,123,159,185] в работе решена проблема диагностики адинамических расстройств, являющихся относительно независимыми психопатологическими образованиями.

Впервые, в отличие от используемых ранее принципов систематики [15,44,45,60,65,95,101,127,141,193,195,198], были выявлены психопатологические особенности эндогенных адинамических депрессий и разработана их типология.

Впервые предложено разграничение адинамических депрессий на две обособленные группы: с типичной психопатологической структурой, ограниченной аффективным уровнем расстройств; с явлениями полиморфизма и структурной атипии, проявлявшейся сочетанием расстройств аффективного регистра с иными психопатологическими образованиями: расстройствами невротоподобного и субпсихотического уровней. В рамках группы, отличавшейся чертами полиморфизма, были описаны не выделявшиеся ранее, «конъюгированный» и «волатильный» варианты адинамических депрессий.

В отличие от исследований, представленных по данной проблеме ранее [13,86], проведенное диссертационное исследование позволило обнаружить корреляции между типологическими вариантами депрессий и конкретными заболеваниями, с привлечением в качестве основного психопатологического метода, использованием клинических подходов и стандартизированных оценочных критериев.

Впервые единым инструментом обследованы разные категории пациентов, в проекции от начальных этапов (инициальный этап, манифестное состояние, ремиссия) до относительно отдаленных стадий заболевания, что позволило доказать нозологическую и прогностическую специфичность психопатологической структуры и клинического течения адинамических

депрессий.

В отличие от предложенных ранее принципов терапии [2,3,57,61,62,145,149,171,197], в диссертационном исследовании впервые предложены новые варианты подхода к лечению, основанные на психопатологических особенностях структуры различных вариантов адинамических депрессий, и с учетом их лекарственной резистентности.

**Теоретическая значимость исследования:** результаты данного исследования вносят научный вклад в развитие учения об аффективной психической патологии, детализируют особенности психопатологической структуры и течения депрессий с преобладанием адинамических расстройств в рамках эндогенных заболеваний аффективного круга и шизофрении. Разработана оригинальная типология адинамических депрессий, обладающая дифференциально-диагностической и прогностической значимостью.

**Практическая значимость исследования:** разработанная типология эндогенных адинамических депрессий, а также выявленные особенности клинического течения этих состояний и течения эндогенных заболеваний, протекающих с формированием адинамических депрессий, способствуют проведению дифференциальной диагностики, определению прогноза заболеваний и определяют выбор специфической терапевтической тактики. Полученные результаты могут быть использованы при обучении, повышении квалификации врачей-психиатров и медицинских психологов. Методологические принципы, на базе которых построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-практических разработок в данной области.

### **Методология и методы исследования**

Настоящее исследование выполнено в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (научный руководитель –

академик РАН, профессор А.С. Тиганов) ФГБНУ НЦПЗ (директор – д.м.н., профессор Т.П.Клюшник) в период с 2011 по 2016 гг. Общая когорта пациентов составила 65 пациентов (21 мужчина, 44 женщины), госпитализированных по поводу депрессии с превалированием адинамических расстройств, формирующиеся в рамках эндогенных заболеваний аффективного круга и шизофрении. Теоретико-методологическую основу составили основные положения о психопатологической картине аффективных состояний, работы, посвященные описанию клиническо-динамических особенностей эндогенных заболеваний [68,77,82,87]. Методами исследования являлись клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, психометрический и статистический.

**Критериями включения** пациентов в исследование являлись: эндогенные депрессии, протекающие с доминированием адинамических расстройств; возраст пациентов на момент исследования от 18 до 65 лет; депрессии, глубина которых была умеренной и тяжелой, и обуславливала необходимость госпитализаций (от 14 до 36 баллов по шкале Гамильтона); ограничение расстройств, выходящих за рамки облигатных для депрессий, рамками невротического и субпсихотического регистров.

**Критериями исключения** являлись: психотические состояния на момент исследования; адинамические расстройства, возникавшие эпизодически, и не определяющие в целом картину депрессивного состояния; наличие тяжелых органических поражений ЦНС, злоупотребления психоактивными веществами, соматические заболевания в стадии декомпенсации.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Адинамические расстройства, формирующиеся в рамках эндогенных депрессий, отличаются неоднородностью, которая связана с представленностью идеаторного, моторного и волевого компонентов адинамии. Преобладание одной из составляющих адинамии оказывает влияние на структуру депрессии. Данная особенность позволила разработать типологическую классификацию адинамических депрессий.

2. Типологические варианты адинамических депрессий, имеющих различный характер течения, коррелируют с конкретными нозологическими единицами, что обладает определенной прогностической значимостью.

3. Определение типологической разновидности адинамической депрессии способствует выбору дифференцированной терапевтической тактики.

**Достоверность научных положений и выводов** обеспечивается репрезентативностью материала, комплексной методикой обследования, включающей клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, и статистический методы, что позволило достичь поставленных изначально задач.

**Апробация результатов исследования** Результаты исследования изложены в 7 научных публикациях (из них 1 в соавторстве), 3 статьи размещены в рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ изданиях для публикации диссертационных материалов. Основные положения диссертации представлены на научной конференции молодых ученых, посвященной памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского в НЦПЗ РАМН (22 мая 2013 г.).

**Апробация диссертации** состоялась «11» июля 2016 года на межотделенческой конференции ФГБНУ НЦПЗ.

**Внедрение результатов исследования** Результаты данного исследования нашли применение в практической работе психиатрической клинической больницы №1 им. Алексеева, филиал «Психоневрологический диспансер №1» и филиал «Психоневрологический диспансер № 23, в 13-е Психиатрическое отделение ГБУЗ «ПКБ №15 ДЗМ» города Москвы.

### **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 171. страницах машинописного текста (основной текст 152 страниц, приложение 19 страниц) и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Библиографический указатель содержит 206 наименований (из них отечественных – 96, иностранных – 110). Приведено 6 таблиц и 3 клинических наблюдения.

## ГЛАВА I

### ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Вопрос нозологической классификации депрессий привлекает внимание психиатров уже не первый век, что, безусловно, связано со сложностями их синдромальной дифференциации и квалификации наблюдаемых психопатологических явлений. В настоящее время не существует единой точки зрения на классификацию депрессивных состояний, сохраняются разногласия между различными психиатрическими школами. Наиболее спорным является вопрос о феномене адинамии. В ходе анализа отечественных и зарубежных литературных данных XX и XXI века, в которых освещены проблемы дифференциации аффективных расстройств, были выделены основные направления, объединяющие достаточно противоречивые взгляды исследователей на психопатологические особенности этого явления. Некоторые исследователи, как отечественные, так и зарубежные, приводя описания адинамических расстройств, не выделяют их как самостоятельные психопатологические образования. Другие исследователи вообще избегают использования термина «адинамия».

Первые описания адинамических расстройств относятся к началу XX века, в которых среди разновидностей меланхолии представлен такой тип как меланхолия с оцепенением, *melancholia attonita* или *melancholia cum stupore* [91]. Признаки этого типа меланхолии по мнению С.С. Корсакова [43] заключаются в «особенном напряжении мышц и в крайней степени заторможения психических процессов», неподвижности тела, выраженной монотонности мимики и отсутствии реакции на внешние стимулы. Отдельно автором подчеркивается наличие аффективной составляющей подобных состояний, в виде чувства глубокой тоски. Особого внимания заслуживают вопросы дифференцировки кататонического и депрессивного ступора, описанные в отечественной литературе. В.А. Гиляровский [24] расценивал

наличие тоскливого аффекта как свидетельство депрессивной природы ступорозного состояния. Сходной точки зрения в последующие годы придерживался G.Huber [139], который обращал внимание на аффективный компонент динамических расстройств, и рассматривал явления идеомоторной заторможенности как в рамках аффективной патологии, так и в рамках шизофрении.

Наряду со ступорозными состояниями, в литературе начала 20 века встречаются описания астенической и апатической циклотимии, но отдельно динамический вариант циклотимии не выделяется [35]. Выраженное идеомоторное торможение в рамках циркулярного психоза при депрессивном состоянии описывает также Э. Крепелин [46].

Исследователи 60-х-80-х годов XX века уделяют значительное внимание изучению аффективных состояний, однако нередко рассматривают составляющие адинамии — идеомоторное торможение и волевые нарушения — как общие депрессивные проявления [128] либо как показатель тяжести депрессивного состояния [69]. В.М. Волошин достаточно подробно описывает особенности различных типов депрессивной триады, не относя идеаторное и моторное торможение непосредственно к проявлениям адинамии [21].

H.Weitbrecht, J.Glatzel [201,126], находят причину развития динамических расстройств в потере инициативы (Antriebdepression), что подтверждалось впоследствии и другими исследователями. Так, некоторые современные авторы видят суть феномена адинамии в нарушении мотивационно-волевой сферы, выделяют симптомы связанные с ней: анергию, психомоторное торможение и утомляемость [205]. Некоторые авторы дифференцируют астено-депрессивные состояния и анергическую депрессию истощения, определяя их как синдромы, относящиеся к волевым нарушениям, сменяющие друг друга на протяжении депрессии. В подобных состояниях отмечена умеренная выраженность аффективного компонента

[88].

Определенный интерес представляет позиция Н.Еу [119], согласно которой депрессия рассматривается как целостное расстройство, представлена «позитивной» и «негативной» составляющими. К последней относятся явления «витального дефицита», волевые нарушения и психомоторное торможение. Данная теория нашла продолжение в работах А.Б. Смулевича, предложившим концепцию позитивной и негативной аффективности [75]. Некоторые отечественные исследователи рассматривают динамические расстройства в соответствии с описанной концепцией [14,44]. Сходную точку зрения можно обнаружить и в иностранных источниках, где встречается определение динамических расстройств как «негативной симптоматики» в структуре депрессии [111].

Динамические депрессии А.Б. Смулевич и соавторы относят к разновидности апатических, указывают на атипичный характер депрессии и тяготение динамических расстройств к полюсу негативной аффективности [76,78,81]. Вместе с тем, явления интеллектуального и двигательного торможения, а также идеи малоценности ученые относят к полюсу позитивной аффективности. При соотнесении результатов настоящего исследования с этими данными можно обозначить некое промежуточное положение динамических расстройств между полюсами позитивной и негативной аффективности, так как с одной стороны, они характеризуются идеаторным и моторным торможением, и всегда сопровождаются идеями малоценности, с другой стороны - содержат в себе волевые нарушения, которые, несмотря на их специфичность и отличие от апатических, все же явно тяготеют к полюсу негативной аффективности.

\* \* \*

Появление значительного интереса к феномену адинамии среди отечественных исследователей можно наблюдать в 70-80-х годах XX века, когда многие из них стали отмечать недостаточную изученность этого

вопроса. А.В. Снежневский, а позднее и А.С. Тиганов указывали на важность разграничения адинамических, апатических и астенических расстройств [82,87]. В диссертационной работе, посвященной затяжным депрессиям, А.Л.Пчелина рассматривает адинамические депрессии как самостоятельную их разновидность [71]. А.А.Северный, напротив, не считает возможным разделение астенических и адинамических расстройств, полагает необходимым выделение анергически-астенического синдрома [73]. Такое название он находит наиболее подходящим для отображения клинической картины подобных состояний. Сходного взгляда на феномен адинамии придерживается Ю.Л.Нуллер, описавший состояния идеомоторной заторможенности с выраженным снижением инициативы, которые он обозначил как «анергические депрессии» [64]. Г.П.Пантелеева выделяет астеноадинамический тип депрессии, указывая на трудность дифференциации адинамических и астенических расстройств и на частое их сочетание [68]. Н.М. Михайлова [58], при изучении астенических субдепрессий особое внимание обращает на тоскливо-апатический аффект, сопровождающий данную разновидность депрессий, отмечает выраженность явлений адинамии. Описания адинамических расстройств можно увидеть в работе И.В. Олейчика, посвященной юношеской астенической несостоятельности, однако отдельно адинамические расстройства он не выделяет [66].

В 70-80-е годы прошлого века появляются методики, направленные на определение выраженности торможения. Для оценки степени идеаторного торможения использовались The Gibson Spiral Maze, Porteous Maze Test [103]. Отдельные исследования были направлены на изучение изменений двигательной активности при депрессии [176]. Для изучения психомоторного торможения был предложен метод продолжительности речевых пауз [135]. До настоящего времени некоторые западные исследователи полагают наиболее важным определение степени идеаторного и моторного торможения, видят

явления торможения как основные диагностические и прогностические признаки депрессии, однако, не считают значимым подробное рассмотрение психопатологической структуры депрессивного состояния [109,188].

Определенный интерес представляют описанные в литературе наблюдения депрессивных состояний, в которых динамические расстройства сочетаются с другими психопатологическими образованиями. Ю.Л. Нуллер [64] обращает внимание на соотношение динамических расстройств и явлений тревоги в клинической картине депрессии. Некоторые западные авторы также указывают на связь между этими расстройствами, выделяют тревожно-динамические депрессии, рассматривая их как вариант меланхолических депрессий [115] или констатируют наличие смешанного типа депрессий, представленного как динамическими, так и тревожными расстройствами [164]. М.Н.Ладер, Л.Винг, напротив, не считают целесообразным выделение смешанного типа депрессии и отрицают наличие взаимосвязи между динамическими расстройствами и явлениями тревоги [147]. Сходную клиническую картину с участием тревожных и динамических расстройств можно найти в описаниях «соматизированной дистимии» Е.В. Колюцкой [39], в которых на смену тревожным расстройствам приходят апато-динамические, отличающиеся малой изменчивостью на протяжении состояния.

В рамках настоящего исследования было установлено, что тревожно-динамические депрессии вне зависимости от их принадлежности к выделенным группам, характеризуются наибольшей тяжестью среди всех динамических депрессий.

Мнения исследователей относительно вынесения динамической депрессии как отдельной нозологической категории до настоящего времени являются достаточно спорными. Т.И. Дикая, С.А. Сорокин [27,83] в ходе исследования эндогенных депрессий, выделяют динамическую составляющую, однако указывают на связь её с явлениями апатии.

А.С.Бобров находит рациональным проведение дифференцировки динамических, апатических и астенических расстройств, подчеркивает спорность этого вопроса [10]. С.Ю. Диков [29] описывает апатические, тоскливые и тревожные депрессии, и рассматривает динамию, как составляющую данных депрессий, но отдельно динамические депрессии не выносит. Для обозначения феномена динамии он, так же как и некоторые другие исследователи, использует термин «анергия».

В.Н. Краснов, С.Н. Мосолов [45,60] в своих исследованиях аффективных расстройств используют такие понятия как анергия, нарушение энергетического баланса, однако избегают рассмотрения отдельных аффективных синдромов, рассматривая депрессию исключительно в соответствии с существующими в настоящее время классификациями психических заболеваний (МКБ-10,DSM-4).

В.А. Жмуров [31] указывает на необходимость дифференцировки динамических расстройств не только с явлениями апатии и астении, но и с явлениями абулии. Отличие динамии от абулии он видит в осознании «болезненности этого явления» пациентами.

В.И.Крылов [48] динамические расстройства относит как к шизофреническому так и к аффективному спектру, трактует термины «динамия» и «анергия» как синонимы, а также отмечает «сохранность стремления и побуждения к деятельности» в динамических депрессиях и разграничивает динамические и астенические расстройства. Важной характеристикой последних он считает истинную истощаемость, не характерную для динамических расстройств. М.А.Кинкулькина [37] придерживается сходных взглядов на проблему динамии, выделяет тоскливо-динамические и апато-динамические депрессии, рассматривая их как в структуре заболеваний аффективного круга, так и в структуре шизофрении.

Британские исследователи [175,199] выделяют синдром хронической

усталости. Описание данного синдрома, приводимое авторами, имеет сходство с явлениями динамических расстройств. D. Schrijvers и соавторы [185], напротив, говорят о различиях клинической картины депрессивного состояния и синдрома хронической усталости, что подтверждается более высоким уровнем интенсивности моторного торможения при депрессии, однако характеризуется практически одинаковой представленностью идеаторного компонента в обоих состояниях.

О.П. Вертоградова [16], множество работ которой посвящены синдромальной квалификации и разграничению аффективных расстройств, достаточно подробно описывает феномен адинамии, однако рассматривает его исключительно как неотъемлемую часть апатического синдрома. Сходных взглядов придерживаются и другие исследователи [47,72].

В 1987 году было выполнено диссертационное исследование Б.В. Бурбы, в котором проводился анализ динамических депрессий в рамках шизофрении, однако динамические расстройства при аффективной патологии в этой работе не рассматривались, не проводилась и нозологическая дифференциация динамических депрессий [13].

Некоторые исследователи в разные годы прошлого и настоящего века придерживаются точки зрения об отсутствии аффективной составляющей динамических расстройств. Так, M. Bleuler относит эти расстройства к шизофреническому спектру [104]. В.Ю. Воробьев не исключает участия аффективной составляющей в структуре шизофренического дефекта, и включают описание апато-динамических расстройств в определение негативной симптоматики [22]. Подобного мнения придерживаются и некоторые западные авторы, отметившие положительное влияние антидепрессантов на расстройства, которые они квалифицируют как негативные [134,160].

Существует мнение согласно которому динамические депрессии следует рассматривать как один из этапов шизофренического процесса. R.Muller использует такое понятие как «гипокинетический синдром с апатией», так как полагает его наиболее соответствующим наблюдаемым клиническим проявлениям постпсихотических депрессий [159].

В 90-е годы XX века и в XXI веке выполнено множество исследований, посвященных постприступным депрессиям в рамках шизофрении. В описаниях этих депрессий, встречающихся в отечественной литературе, обращают на себя внимание блеклость аффекта, диспропорциональность депрессивной триады, преобладание волевых нарушений [30,49,70,77,92]. Некоторые исследователи указывают на относительно неглубокую выраженность этих депрессий и склонность к инертному течению [34].

Динамические депрессии выделены как один из подтипов в диссертационном исследовании К.Н.Шумской, посвященном изучению постшизофренических депрессий, в котором автор отмечает преобладание моторного торможения и волевых нарушений как специфическую особенность динамических депрессий [94]. Наиболее специфическими качествами постпсихотических депрессий Т.Н.МcGlashan, Jr.W.T.Carpenter считают психомоторное торможение и «выраженный неврастенический и шизоидный компонент» [157]. Отдельные исследователи при описании постприступных депрессий обращают внимание на выраженные идеи малоценности и полиморфную структуру этих состояний [49]. Согласно результатам настоящей работы данные особенности являются характерными для некоторых типов динамических депрессий.

В западных источниках имеют место описания динамических расстройств в рамках так называемых акинетических депрессий, развитие которых ассоциируется с нейролептической терапией [130,196], однако многими авторами оспаривается взаимосвязь постшизофренических депрессий с приемом нейролептиков [130,136,161]. Некоторые отечественные

ученые проводят дифференциальную оценку аффективных расстройств, явлений негативной симптоматики и эффектов психофармакотерапии [19].

Вопрос разграничения адинамических и негативных расстройств является наиболее сложным и неоднозначным, о чем свидетельствует наличие множества работ, выполненных на эту тему [7,13,18,47,97,99,100,150]. Несмотря на то, что разрешение этого спорного вопроса не являлось задачей настоящего исследования, для осуществления наиболее четкой дифференциальной диагностики между явлениями адинамии и негативной симптоматикой проводился тщательный психопатологический анализ и психометрическое исследование депрессий.

Современные зарубежные исследователи избегают терминов «адинамия» и «адинамические депрессии», однако, широко используют такие понятия как психомоторное торможение или заторможенные депрессии [107]. Некоторые исследователи относят последние к разновидности меланхолических депрессий [188].

M.Freton [121], описывая «заторможенные депрессии», отдельно останавливается на изменениях глазодвигательных функций, отмечает фиксированность взгляда и замедленное движение глазных яблок. Датские исследователи M.P. Pier, W.Hulstijn, B.G.Sabbe [167] провели сравнительное исследование меланхолических депрессий с явлениями психомоторного торможения и депрессий, в которых отсутствовал меланхолический радикал. Была выявлена большая выраженность идеаторного компонента в меланхолических депрессиях, тогда как моторный компонент в обоих вариантах депрессий был представлен в равной степени. На основании этого исследования они сделали предположение о наличии различных типов нейробиологических нарушений при данных вариантах депрессий. Те же авторы использовали зрительно-двигательные тесты [168], а M.J. Smith, G. Brébion [187] - тест Posner, основанный на оценке функции зрительного внимания для установления степени тяжести психомоторного торможения.

Ученые пришли к выводу, что процесс мышления тесно связан с выраженностью психомоторного торможения, наблюдаемого объективно, но не связан с тяжестью депрессивного состояния.

Ряд современных авторов динамические расстройства относят к симптомам органического поражения головного мозга [138,142,153]. Некоторые исследователи предполагают, что причиной развития идеомоторного торможения является нарушение работы эндокринной системы [98]. Н.Cheng и соавторы считают динамические расстройства характерными для депрессий позднего возраста. В своем исследовании они учитывали фактор соматической отягощенности и социальное положение пациентов [112]. S.Zisook описывает «заторможенные депрессии» у пожилых пациентов с шизофренией и у лиц среднего возраста с развитием постпсихотических депрессий, указывая на большую тяжесть последних, сопровождающихся выраженными идеями малоценности [206].

\* \* \*

В конце XX - начале XXI века, в связи с развитием инструментальных и лабораторных методов диагностики психических заболеваний, появляется достаточно большое количество работ, посвященных исследованию нейробиологических изменений, обуславливающих психомоторное торможение. А.С. Swann, М.М. Katz [193] связывают идеомоторное торможение с изменением уровня катехоламинов. Многие исследователи указывают на снижение уровня дофамина как на причину развития динамических расстройств [156,178,180,184,189]. Некоторыми учеными предполагается нарушение дофаминергической передачи на уровне базальных ганглиев. Подтверждение этой теории становится возможным при использовании методов нейровизуализации и транскраниальной магнитной стимуляции [107]. Исследование двигательного торможения при помощи

последнего метода позволило зафиксировать снижение проводимости сигналов, поступающих из двигательной зоны коры головного мозга в нервно-мышечные окончания [152]. Подобные исследования проводились также некоторыми другими учеными [110,123].

M.P. Caligiuri, J.Ellwanger предполагают наличие сходных нарушений, в виде явлений идеомоторного торможения, в картине динамических депрессий и при паркинсонизме (брадикинезия при паркинсонизме) [108]. S.E.Starkstein приводит сравнительную характеристику аффективных расстройств у пациентов с депрессией и при болезни Паркинсона, указывает на равную представленность динамических расстройств в рамках этих заболеваний [190]. Термин «акинетический синдром» употребляется R. C.Bermanzohn, S.G.Siris [102] для описания состояний, определяющихся сочетанием моторного торможения, ангедонии, с подавленным настроением и когнитивными нарушениями. Подобные состояния они ассоциируют с нарушением обмена дофамина, обнаруживают динамические расстройства при паркинсонизме, заторможенных депрессиях и при шизофрении, квалифицируя их как негативные симптомы.

В настоящее время установлены определенные корреляции между электро-энцефалографической картиной и клиническими проявлениями депрессии. В.В. Лазарев [50] проводил анализ электро-энцефалографических картин астено-динамических депрессий. А.Ф.Изнак, Е.В.Изнак [32] при изучении особенностей апато-динамических депрессий зарегистрировали патологическое возбуждение преимущественно в лобных, центральных и височных зонах правого полушария головного мозга. На этапе клинического улучшения электроэнцефалографическая картина характеризуется преобладанием торможения в указанных отделах головного мозга, что расценивается как положительный прогностический признак .

N.Razavi, H.Horn, P.Koschorke [173] предлагают использовать метод актографии для изучения депрессивных состояний, сопровождающихся

заторможенностью. B.Sabbe, W.Hulstijn и соавторы [177], использовали современные компьютерные технологии, позволяющие провести анализ движений, производимых пациентами при рисовании или письме. Также использовалась и магнитно-резонансная томография для регистрации изменений в отдельных зонах коры головного мозга, связанных с эмоциональным ответом на происходящее. Заинтересованность определенных зон ассоциируется с развитием таких расстройств как «анергия, апатия и потеря мотивации» [120].

Достаточно подробно рассматривает участие изменений нейрохимического баланса при развитии аффективных расстройств А.Н. Дзюба [26], однако, он не уделяет внимание отдельным психопатологическим особенностям депрессий. Работы ряда ученых направлены на поиск корреляций между психопатологическими разновидностями депрессивных состояний и нейробиологическими маркерами [38].

В разные годы проводились исследования фармакологических препаратов с целью изучения их антидепрессивного или, напротив, депрессогенного эффекта. D.S. Janowsky и соавторы [140] определили, что действие центральных холиномиметиков способствует развитию анергии. С. М. Olbert и соавторы [162] использовали антидепрессанты различных групп для уточнения психопатологической структуры депрессий. J. M. Himmelhoch и соавторы [132] применяли ингибиторы MAO для установления эффективности этой группы препаратов в лечении депрессий с адинамическими расстройствами. M.Strober и соавторы [192] проводили сходное исследование препарата фенелзина, также относящегося к группе ингибиторов MAO. А. Dubini [117] с диагностической целью использовал антидепрессанты с селективным обратным захватом норадреналина или серотонина для установления природы моторного торможения и снижения инициативы. Сравнительный анализ действия бупропиона, флуоксетина и дезипрамина проводила и S.E. Yohn [204]. В результате исследования было

установлено, что бупропион, являющийся селективным ингибитором обратного захвата норадреналина и дофамина, имеет наибольшую эффективность в лечении депрессий с адинамическими расстройствами. Отдельные исследователи указывают на возможность снижения мотивации, связанной с приемом антидепрессантов [124].

Множество современных работ посвящено изучению мотивации и нарушений ее при депрессиях. Так, например, А. Kalis, А. Mojzisch [143] приводят сравнения «акразии» с недостаточностью волевых побуждений. J.D. Salamone [182], связывает наличие волевых нарушений с нейробиологическими изменениями в центральной нервной системе. Он рассматривает взаимосвязь мотивации и моторных функций при развитии адинамических расстройств. Причину снижения мотивации и возникновение трудностей при принятии решений J.D.Salamone находит в нарушениях на уровне дофаминергической передачи. Подобного мнения придерживаются и другие авторы [203]. При изучении депрессий с адинамическими расстройствами, в настоящей работе, было установлено, что потеря мотивации является неизменной составляющей этих депрессий, и во многом определяет клиническую картину этих состояний.

\* \* \*

Анализ литературных данных показал сложность психопатологической оценки феномена адинамии, что отражается в неоднозначности его квалификации. Противоречия касаются дефиниции этого явления, для обозначения которого используются такие термины как собственно адинамия, анергия, психомоторное торможение, гипокинетический синдром и другие определения.

Единства в толковании феномена адинамии так же не обнаруживается, так как многие исследователи не разграничивают адинамические,

астенические и апатические расстройства. Что касается нозологической дифференциации, в литературе встречаются различные точки зрения, одна из которых заключается в неоправданно упрощенном описании психопатологической картины депрессии с динамическими расстройствами. В этой ситуации динамика не рассматривается как самостоятельный феномен, а оценивается лишь как набор наиболее общих депрессивных симптомов.

Исследователи, которые в той или иной степени занимались изучением феномена динамики, высказывают подчас противоположные мнения относительно его места в структуре эндогенных заболеваний. Некоторые из них вовсе не рассматривают принадлежность динамики к аффективному регистру психических расстройств, расценивая её как проявление негативных изменений в рамках шизофренического процесса или как акинетические явления, ассоциированные с нейролептической терапией. При отсутствии четкого представления относительно нозологической принадлежности динамических депрессий становится невозможным определение прогноза этих состояний, как не вполне ясным представляется и выбор терапевтической тактики.

Столь противоречивые сведения относительно феномена динамики, имеющиеся в настоящее время, отсутствие понимания роли динамических расстройств в структуре эндогенных депрессий, малоизученные и малосистематизированные сведения о психопатологических особенностях и нозологической принадлежности динамических депрессий требуют более глубокого изучения данной проблемы и определяют актуальность настоящего исследования.

## ГЛАВА 2.

### ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

#### **2.1. Методики исследования и критерии отбора**

Настоящее исследование было выполнено в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (научный руководитель – академик РАН, профессор А.С. Тиганов) ФГБНУ НЦПЗ (директор – д.м.н., профессор Т.П.Клюшник) в период с 2011 по 2016 гг.

Критериями включения пациентов в исследование являлись:

- 1) эндогенные депрессии, протекающие с доминированием адинамических расстройств;
- 2) возраст пациентов на момент исследования от 18 до 65 лет
- 3) депрессии, глубина которых была умеренной и тяжелой, и обуславливала необходимость госпитализации (от 14 до 36 баллов по шкале Гамильтона);
- 4) ограничение расстройств, выходящих за рамки облигатных для депрессий, рамками невротического и субпсихотического регистра.

Критериями не включения являлись:

- 1) психотические состояния на момент исследования
- 2) адинамические расстройства, возникавшие эпизодически, и не определяющие в целом картину депрессивного состояния
- 3) наличие тяжелых органических поражений ЦНС, злоупотребления психоактивными веществами, соматические заболевания в стадии декомпенсации.

#### **2.2. Общая характеристика материала**

Всего было обследовано 65 пациентов (21 мужчина, 44 женщины), страдающих эндогенными адинамическими депрессиями, наблюдаемыми в рамках заболеваний аффективного круга (25 наблюдений) и шизофрении (40 наблюдений) (F20.0, F20.4, F 21, F31, F32, F33 по МКБ-10).

Пациенты были госпитализированы в 5-ое отделение эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ с 2011 по 2016 годы, где проходили обследование для выявления клинико-психопатологических особенностей эндогенных динамических депрессий. Полученные данные легли в основу разработки типологии.

Обследование пациентов проводилось клиническим методом, который включал в себя сбор субъективных и объективных анамнестических сведений, динамическую оценку психического статуса, анализ медицинской документации, оценку соматического и неврологического состояния, а также анализ эффективности проводимой терапии.

Преморбидные личностные особенности оценивались в соответствии с представлениями исследователей, занимавшихся изучением характерологических аномалий [51,52,79]. Более подробная их оценка приводится в главе 4.

Для сбора и последующей обработки статистических данных на каждого пациента, принимавшего участие в исследовании, заполнялась индивидуальная карта, в которой были отражены основные показатели, характеризующие особенности структуры динамических депрессий и течение эндогенных заболеваний, в рамках которых они формировались.

С целью выявления исходов динамических депрессий и определения их прогностической значимости в зависимости от нозологических единиц, после прохождения стационарного обследования пациенты, включенные в исследование, находились на катamnестическом наблюдении (с 2011 по 2016 годы).

Данные о возрасте пациентов к началу заболевания и на момент исследуемой депрессии, динамике уровня образования больных и их социально-трудового статуса приведены в главе 4.

Количество приступов эндогенного заболевания у пациентов, включенных в исследование, составляло от 1 до 25. В наблюдениях, в

которых заболевание приобрело континуальный характер, или количество фаз превышало 25, учитывались только манифестные, исследуемые депрессии, и те депрессии, которые потребовали госпитализации в стационар. Синдромальная оценка приступов проводилась в соответствии с традиционными представлениями о типологии эндогенных депрессий [68,86]. В ходе исследования регистрировались апато-динамические, астено-динамические, тоскливо-динамические тревожно-динамические, меланхолические и тревожные депрессии, среди которых были отмечены депрессии с простой структурой (25 наблюдений) и депрессий с полиморфной структурой (40 наблюдений). Подробный анализ их структуры осуществлялся в соответствии с данными проводимых ранее исследований [13], что подразумевало определение преобладающего компонента депрессивной триады (идеаторного или моторного) или констатацию их гармоничной представленности на протяжении депрессивного состояния. На основании полученного в ходе исследования материала была разработана типологическая классификация эндогенных динамических депрессий, подробное описание которой приводится в главе 3.

В таблице 2.1 представлены данные о количестве депрессий разной синдромальной структуры у больных с заболеваниями аффективного круга (F 31, F32, F33 по МКБ-10) и шизофренией (F20.0, F20.4, F 21).

**Таблица 2.1 Нозологическое распределение депрессий в анамнезе изученной популяции больных**

		Заболевания аффективного круга		Шизофрения		Итого	
		n	%	n	%	n	%
Простые	Апато-адинамические	38	14.61	8	3.1	46	17.71
	Тоскливо-адинамические	16	6.15	2	0.77	18	6.92
	Тревожно-адинамические	26	10	2	0.77	28	10.77
	Тревожные	3	1.15	-	-	3	1.15
	Меланхолические	-	-	2	0.77	2	0.77
<b><i>Всего простых депрессий</i></b>		<b>83</b>	<b>31.91</b>	<b>14</b>	<b>5.41</b>	<b>97</b>	<b>37.32</b>
Полиморфные	Апато-адинамические	-	-	65	25	65	25
	Тоскливо-адинамические	-	-	24	9.23	24	9.23
	Тревожно-адинамические	-	-	39	15	39	15
	Астено-адинамические	-	-	34	13.07	34	13.07
	Тревожные	-	-	1	0.38	1	0.38
<b><i>Всего полиморфных депрессий</i></b>			<b>-</b>	<b>163</b>	<b>62.68</b>	<b>163</b>	<b>62.68</b>
<b>ВСЕГО</b>		<b>83</b>	<b>31.91</b>	<b>177</b>	<b>68.09</b>	<b>260</b>	<b>100</b>

Данные о корреляции синдромальной структуры манифестных приступов и преморбидных особенностях пациентов приводятся в главе 4.

### **2.3. Методы исследования**

В соответствии с целями и задачами диссертационной работы нами применялись следующие методы:

1. клинико-психопатологический;
2. клинико-катамнестический
3. психометрический
4. статистический

Основными методами в проводимом исследовании являлись клинико-психопатологический и клинико-катамнестический. Клинико-психопатологический метод позволил выявить особенности структуры адинамических депрессий и послужил основанием для разработки их типологии. С его помощью были также установлены закономерности течения, характерные для эндогенных адинамических депрессий. Клинико-катамнестический метод использовался для оценки приступов, предшествовавших или следующих за исследуемыми депрессиями. Тщательный анализ течения заболеваний, и определение роли адинамических расстройств в структуре приступов на всем их протяжении, позволили нам выделить 3 клинические группы, характеризовавшиеся определенными различиями не только с клинической, но и с прогностической точки зрения.

Психометрические методы проводились при помощи шкалы Гамильтона для депрессии (HDRS) во всей выборке пациентов. Для оценки негативных изменений личности у пациентов с эндогенными депрессиями в рамках шизофрении использовались шкалы PANSS и SANS.

Статистическая обработка данных производилась с использованием компьютерной программы Statistica for Windows 6; использовался тест Стьюдента для малых выборок. Различия считались достоверными, если доверительный интервал находился в пределах  $p < 0.05$ .

## ГЛАВА 3

### ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИИ И ТЕЧЕНИЯ ЭНДОГЕННЫХ АДИНАМИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ

Для преодоления затруднений, возникающих при попытке установления генеза динамических расстройств и определения нозологической принадлежности динамических депрессий, был проведен тщательный психопатологический анализ депрессивных состояний с динамическими расстройствами. Подобный анализ позволил разработать типологическую классификацию динамических депрессий, установить ряд клинических форм, существенно отличающихся по своим психопатологическим проявлениям.

#### **3.1. Общие феноменологические и психопатологические характеристики динамических расстройств**

В связи с неоднозначностью трактовки феномена адинамии необходимо для начала остановиться на его определении. Как известно, в переводе с греческого языка адинамия обозначает бессилие. В толковом словаре В.И. Даля [25] приводятся такие толкования как «бессилие, слабосилие, ослабление, изнеможение; недостаток жизненных сил; слабость, хиль, хилость жизни».

Для лучшего понимания феномена адинамии в ходе настоящего исследования было произведено тщательное рассмотрение жалоб пациентов. Для описания испытываемых ощущений они приводили различные образные сравнения, такие как «тяжесть» в области мышц шеи, плечевого пояса или в конечностях, чувство «придавленности каменной плитой», «ломота во всем теле», или «скованность» в различных частях тела. Наиболее часто подобные ощущения сравнивались с болью и чувством тяжести в мышцах, которые возникают при значительной физической

нагрузке. Пациенты называли свое состояние бессилием, вялостью, говорили об отсутствии энергии и физических сил. Объективно у таких пациентов отсутствовала возможность вовлечения в какую-либо деятельность, их образ жизни отличался крайней пассивностью. Практически все время они испытывали потребность ограничить объем движений и принять горизонтальное положение тела. На высоте депрессии эта потребность реализовывалась у всех пациентов, включенных в исследование. При более детальном анализе этих состояний, которые на первый взгляд отличались относительно простой клинической картиной, были обнаружены достаточно сложные их психопатологические особенности.

Несмотря на то, что в отличие от других аффективных радикалов (тоски, тревоги, апатии) адинамия лишена гипотимического оттенка, и воспринимается преимущественно в идеомоторной сфере, наряду с тревогой или апатией, адинамия может рассматриваться как самостоятельная разновидность аффективного состояния. Об этом свидетельствует наличие таких признаков, как постоянное сопровождение основных идеомоторных компонентов адинамии чувством сниженного настроения – подавленности, печали, неуверенности в себе. Подобно другим аффективным радикалам, описанным в рамках эндогенных депрессий, адинамия подчиняется суточному ритму колебаний настроения и выступает в качестве основания для формирования у пациента идей малоценности и самообвинения.

Пониманию феномена адинамии поспособствовала также существующая ранее концепция, в соответствии с которой разделение динамических депрессий осуществляется согласно преобладающему типу торможения. Таким образом были выделены идеаторный, моторный и смешанный варианты динамических депрессий [13,87]. Психопатологический анализ динамических расстройств проводился с привлечением заявленного деления, наряду с чем был выделен волевой

компонент, который является неизменной составляющей адинамии.

Таким образом, к **психопатологическим параметрам адинамии** можно отнести:

- **моторный компонент**, проявляющийся в субъективно тяжело переживаемых чувстве бессилия, мышечной вялости, физической слабости, и объективно представленный медлительностью и скованностью движений, потребностью принять неподвижное положение тела. При достижении высшей интенсивности данного компонента отмечается выраженная двигательная заторможенность, в виде депрессивного субступора;

- **идеаторный компонент** субъективно переживаемый в виде интеллектуального торможения, инертности, недостаточной скорости мыслительных процессов, и объективно представленный замедлением темпа и увеличением продолжительности пауз в речи;

- **волевой компонент** характеризующийся отсутствием способности реализации ранее задуманных действий, пассивности и наличии сомнений в совершенном выборе. Данный компонент регистрируется у всех исследованных больных на протяжении всего депрессивного состояния.

На основании наличия двух или трех из описанных параметров адинамии представляется возможным констатировать факт наличия адинамии в структуре депрессивного симптомокомплекса.

Необходимо более подробно остановиться на выделенном нами **волевом компоненте**. Как известно, волевые нарушения в психиатрической литературе основательно не рассматривались, однако этапы волевого процесса изучались выдающимися российскими физиологами [67,74], и достаточно подробно были описаны некоторыми отечественными психологами [8,23]. В последние годы отмечается появление подобного интереса среди отечественных и зарубежных психиатров [48,181]. Практически все исследователи этого феномена выделяют в волевом акте две составляющие: формирование побуждения и его реализацию.

Тщательный анализ жалоб пациентов с динамическими депрессиями, в которых апатические расстройства были представлены эпизодически, и динамические расстройства играли основополагающую роль, показал наличие волевых нарушений исключительно на этапе реализации сформированного ранее побуждения, тогда как апато-динамические депрессии характеризовались нарушениями мотивации как на этапе формирования побуждения, так и на этапе его реализации. Это наблюдение, наряду с некоторыми другими феноменологическими особенностями апатии и адинамии, способствует разграничению этих расстройств.

Несмотря на внешнее сходство адинамии с проявлениями апатического симптомокомплекса, эти состояния имеют ряд существенных отличий. Динамическая депрессия отличается выраженной неспособностью к проявлению активности, тогда как в структуре апатических депрессий наиболее частой причиной низкой активности становятся проявления феномена ангедонии. Отличия апатических и динамических депрессий касаются также и волевых нарушений, которые наблюдаются на разных этапах волевого процесса, о чем упоминалось ранее. Апатия характеризуется волевыми нарушениями уже на этапах формирования побуждений и осознания целей, тогда как адинамия характеризуется именно невозможностью достижения уже сформированных целей вследствие крайней пассивности и заторможенности.

Нельзя не отметить сходство адинамии с явлениями астенического синдрома, заключающееся в подобии клинической картины, одинаковых жалобах на вялость, слабость, как физическую, так и моральную. Однако, астенические (и астеноподобные расстройства) характеризуются повышенной утомляемостью, явлениями раздражительной слабости, астенического идеаторного ментизма, аффективной лабильностью, а также метеочувствительностью, то есть отличаются изменчивостью и сопряжены с

воздействием некоторых внешних неблагоприятных факторов. Изменение интенсивности динамических расстройств не имеет четкой взаимосвязи с какими-либо внешними воздействиями, они характеризуются известным постоянством.

На основании проведенного исследования, с учетом параметров адинами и психопатологических особенностей депрессий, протекающих с преобладанием динамического радикала, были выделены две типологические группы:

- 1 группа **простых динамических депрессий** характеризовалась гармоничной представленностью всех компонентов адинами, типичной психопатологической структурой (25 человек, 38,5%).

- 2 группа **полиморфных динамических депрессий** отличалась неоднородной представленностью компонентов адинами: в одних наблюдениях регистрировались все три компонента, в других — один или два. Отмечались явления структурной атипичности и полиморфизма, в виде сочетания расстройств аффективного регистра с иными психопатологическими образованиями: расстройствами невротического и субпсихотического уровней (40 человек, 61,5%).

Указанные различия нашли свое отражение в выделенных психопатологических вариантах (таблица 3.1). Статистические различия представленности компонентов адинами в выделенных группах достоверны.

### **3.2. Психопатологическая характеристика простых динамических депрессий (25 наблюдений)**

В первой группе, отнесенной нами к типичному варианту динамической депрессии, состояния отличались сравнительной простотой, симптоматика не выходила за рамки аффективного регистра. Степень выраженности динамических расстройств коррелировала с глубиной депрессии. Так, во время наибольшей глубины депрессии больные отмечали

невозможность реализации тех или иных действий вследствие выраженной физической вялости, потребности принять горизонтальное положение тела.

Динамические расстройства в исследованных депрессиях первой группы характеризовались гармоничной представленностью всех составляющих адинамию компонентов. При наибольшей глубине депрессии в ряде случаев отмечались явления выраженной моторной заторможенности в виде полной обездвиженности, что можно было квалифицировать как явления депрессивного субступора (5 наблюдений, 20%). Идеаторное торможение субъективно определялось пациентами как медленное течение мыслей, снижение способности к сосредоточению и концентрации внимания. Присутствовало недовольство своей мыслительной деятельностью, описывая которую пациенты часто называли себя рассеянными, «отупевшими». Идеаторное торможение определялось и объективно, в виде длительных пауз в речи и общего замедления ее темпа.

Снижение волевых побуждений характеризовалось потребностью находиться в бездействии. Данную потребность пациенты не могли полностью объяснить ни тяготящим их чувством бессилия, ни замедлением интеллектуальной деятельности, наиболее часто описывая ее как «лень» или «душевную лень», а также как «отсутствие энергии». Часто звучали жалобы на труднообъяснимую неспособность вовлечения в какие-либо виды деятельности, высказывались сомнения о правильности сделанного ими выбора, отмечалась потребность в подтверждении необходимости совершаемых действий. При этом пациенты явно отмечали дискомфорт в связи с описанными затруднениями реализации активности, желание действовать сохранялось. В большей степени пациенты тяготились наличием динамических расстройств при улучшении состояния; часто стремились занимать себя, чтобы не лежать, активно «преодолевая бессилие», искали поддержки у врача, просили найти им какое-либо занятие. Подавляющая часть пациентов (76%), отмечала эпизоды, когда, несмотря на значительные

усилия при осуществлении той или иной активности, способность получения удовольствия от приятных занятий сохранялась, что отличало подобное состояние от картины апатической депрессии. Случаев несоответствия между тяжестью высказываемых жалоб динамического характера и поведением больных выявлено не было – жалуясь на невозможность какой-либо активности, они действительно проводили время в бездеятельности.

Наличие динамических расстройств, в 22 наблюдениях (88%), приводило к формированию идей малоценности и самообвинения, в 3 наблюдениях (12%) – к истерической реакции на болезненное состояние и формированием негативного отношения к людям из ближайшего окружения.

Идеи самообвинения и малоценности по своему содержанию были представлены чувством стыда вследствие бездеятельности, несостоятельности в тех областях, в которых ранее отмечалась успешная реализация. Нередко развитие депрессивного состояния интерпретировалось как «расплата» за несоблюдение режима работы и отдыха в прошлом, несвоевременное обращение за врачебной помощью. В ряду наблюдений идеи самообвинения достигали особой выраженности, однако никогда не превышали сверхценного уровня. В этих наблюдениях отмечалось появление суицидальных мыслей.

В исследованных депрессивных состояниях динамические расстройства не были представлены изолированно, однако они характеризовались высокой интенсивностью и в целом определяли клиническую картину состояний. Другие же психопатологические явления были тесно взаимосвязаны с динамией хронологически, варьируясь лишь по степени выраженности. В соответствии с преобладающим аффектом, сопутствующим динамией, депрессии можно было разделить на апато-динамические, тревожно-динамические и тоскливо-динамические.

**Апато-динамические депрессии** (11 наблюдений) характеризовались наличием ярко представленных явлений апатии в виде снижения интересов и побуждений, ангедонии и безразличия к происходящим событиям. Выраженные динамические расстройства сопровождались потерей интереса, усталостью от невозможности «постоянного преодоления себя». Появлялось безразличие, а порой и отвращение, иногда к элементарным бытовым действиям. Апатические расстройства носили эпизодический характер: наиболее часто преобладали или динамические или апатические расстройства. На протяжении апато-динамических депрессий регистрировались эпизоды тревоги и тоски, однако, они носили кратковременный характер.

**Тревожно-динамические депрессии** (11 наблюдений) характеризовались выраженным идеомоторным торможением, которое чередовалось с эпизодами интенсивной тревоги. Содержанием тревоги наиболее часто являлось чувство неопределенности в связи с развившейся болезнью. Выраженные динамические расстройства являлись основанием для опасений относительно будущего и формирования идей малоценности. Отмечалось депрессивное толкование болезни, которая представлялась труднопреодолимой. В некоторых наблюдениях формированию тревоги способствовали психотравмирующие события, предшествовавшие началу депрессии, или конкретного содержания она не имела. Динамические расстройства наблюдались по ходу развития всего депрессивного состояния, достигая наибольшей выраженности по мере нарастания его тяжести. На этапе, предшествующему формированию ремиссии, частота появления эпизодов тревоги уменьшалась, преобладали динамические расстройства и отмечалось появление апатических расстройств.

**Тоскливо-динамические депрессии** (3 наблюдения) характеризовались выраженным аффектом тоски с витальным компонентом, представленным в виде эпизодов. Подобные эпизоды наиболее часто

регистрировались на высоте тяжести состояния, когда интенсивность динамических расстройств была наиболее глубокой. Тоскливые расстройства были тесно связаны с динамическими. Пациенты предъявляли жалобы на физическое и моральное бессилие, с которым связывали мучительное чувство витальности: «тяжесть» в груди «словно бы придавливает», «тянет все тело вниз», «не позволяет подняться на ноги», «заставляет лечь». Имели место идеи малоценности, интенсивность которых коррелировала с интенсивностью динамических расстройств. Также отмечалось и эпизодическое появление тревоги и апатии.

В большинстве наблюдений имели место астенические расстройства, которые были представлены явлениями повышенной утомляемости, гиперестезии, астенического идеаторного ментизма, метеопатическим симптомом Н.И. Пирогова.

На протяжении динамических депрессий с типичной структурой отмечалось постепенное возрастание интенсивности всех представленных расстройств, и постепенное ее угасание. Выход из депрессивного состояния осуществлялся литически. На этапе, предшествующем формированию ремиссии, более значимую роль играли явления апатии, что наблюдалось во всех депрессиях данной группы. Адинамия была представлена, в основном, ее волевым компонентом, остальные расстройства подвергались практически полной редукции. Известной резистентностью отличались идеи малоценности, что, по всей видимости, объясняется личностными особенностями пациентов. За описанным этапом в течение непродолжительного периода времени (одна или две недели) наблюдалось формирование ремиссии.

В целом, картина простой динамической депрессии соответствовала проявлениям классической циркулярной депрессии. Длительность состояний составляла от 2 месяцев до 2 лет (в среднем - 10.1 месяцев). Особенностью являлось присутствие на всем их протяжении динамических расстройств

различной интенсивности, которые определяли клиническую картину, и, соответственно, уровень тяжести депрессивных состояний. Практически полная обратимость симптомов и отсутствие отчетливых изменений личности после выхода из депрессивных состояний, позволяло трактовать эти состояния как фазы эндогенного заболевания аффективного круга. Особенности простых адинаических депрессий отражены в клиническом наблюдении 1 в приложении к диссертации.

### **3.3 Психопатологическая характеристика полиморфных адинаических депрессий (40 наблюдений)**

В исследованных эндогенных полиморфных адинаических депрессиях ведущую роль в структуре состояния играл адинаический радикал, которому, так же как и в наблюдениях предшествующей группы, сопутствовали другие аффективные расстройства. Особенностью этой группы являлось наличие в структуре состояний расстройств иных психопатологических регистров: невротического (в виде обсессивно-фобической симптоматики и явлений деперсонализационного круга), и субпсихотического (в виде малосистематизированных идей отношения и преследования). Регистрировались и явления сенесто-ипохондрического синдрома, тяжесть которого, наиболее часто, определялась сверхценным уровнем.

Адинаические расстройства в исследованных депрессиях этой группы обладали некоторыми особенностями, связанными с отсутствием корреляции глубины депрессии с тяжестью излагаемых жалоб. Несмотря на объективное отсутствие отдельных компонентов адинамии или уменьшение интенсивности адинаических расстройств, жалобы на чувство бессилия, невозможность осуществления какой-либо деятельности или умственную несостоятельность, сохранялись на протяжении всего депрессивного

состояния. В отличие от простых адинамических депрессий, где отчетливо были видны моторный и идеаторный компоненты, в полиморфных адинамических депрессиях из трех компонентов адинамии объективно можно было наблюдать один или два. На первый план в картине полиморфных адинамических депрессий выходил волевой компонент адинамии, представленный труднообъяснимыми пассивностью и бездействием. Обращали на себя внимание демонстративность, утрированность в изложении адинамических жалоб, что объяснялось участием психопатоподобных расстройств истерического круга в картине депрессий этой группы.

Тимический компонент был представлен не только адинамическими, но и апатическими, меланхолическими, тревожными проявлениями. Наряду с которыми регистрировались также анестетические, дисфорические расстройства, явления ангедонии и астении.

Соответственно особенностям психопатологической структуры адинамических депрессивных состояний этой группы, она была разделена на подгруппы:

2а. **Коньюгированный вариант** характеризующийся инертностью течения, статичностью психопатологической картины (19 наблюдений, 47.5%);

2б. **Волатильный вариант** отличающийся отсутствием постоянства, лабильностью как адинамических расстройств, так и сопутствующих ей психопатологических образований (21 наблюдение, 52.5%).

**3.3.1. Коньюгированный<sup>1</sup> вариант полиморфной адинамической депрессии** был представлен сочетанием явлений адинамии с другими психопатологическими расстройствами, в результате чего формировался симптомокомплекс, обладавший известной устойчивостью.

---

1. коньюгированный (от лат. conjugo, conjugatum - соединять) - сопряженный.

При рассмотрении этого варианта адинамических депрессий нами регистрировалось два подобных симптомокомплекса. Первый из них представлял собой сочетание адинамии с астенией или апатией и расстройствами деперсонализационного круга (деперсонализационно-адинамический симптомокомплекс). Второй отличался более сложной структурой, сочетанием адинамии с другими аффективными радикалами, расстройствами деперсонализационного круга и явлениями сенесто-ипохондрического синдрома. Адинамия характеризовалась дисгармоничной представленностью ее компонентов: моторным (14 наблюдений), либо идеаторным (5 наблюдений).

Из расстройств деперсонализационного круга, представленных в составе **деперсонализационно-адинамического симптомокомплекса** (9 наблюдений) регистрировались собственно деперсонализация, дереализация, явления моральной ипохондрии и анестетические расстройства.

Таблица 3.1. Количество пациентов и их процентное соотношение в отдельных типологических группах и подгруппах в соответствии с преобладанием представленных параметров адинамии

Типологическая группа адинамической депрессии	Характеристики адинамии					
	Моторный компонент		Идеаторный компонент		Волевой компонент	
	n	%	n	%	n	%
1 группа (с адинамическими депрессиями, имеющими типичную психопатологическую структуру)	25	100	25	100	25	100
2 группа (с адинамическими депрессиями, характеризовавшихся явлениями полиморфизма)	32	80	8	20	40	100

2а подгруппа (конъюгированный вариант полиморфной адинамической депрессии)	14	35	5	12.5	19	47.5
2в подгруппа (волатильный вариант полиморфной адинамической депрессии)	18	45	3	7.5	21	52.5
$\chi^2=12.931, p<0.01$						

В соответствии с преобладанием аффективного радикала, сопутствующего адинамии, их можно было разделить на астено-адинамические (4 наблюдения) и апато-адинамические (5 наблюдения). **Астено-адинамические** депрессии характеризовались значительной блеклостью аффекта и явлениями "раздражительной слабости", метеозависимости. В **апато-адинамических** депрессиях отмечались явления ангедонии и более выраженными являлись волевые нарушения. Общим свойством для этих двух видов депрессий являлась инертность их течения, и преобладание в них моторного компонента адинамии.

Адинамические расстройства, в сочетании с явлениями деперсонализации, придавали несколько причудливую форму жалобам пациентов. Моторный и волевой компоненты характеризовались чувствами бессилия и отсутствия энергии, наиболее часто сравнивались с тягостным ощущением «барьера», некой невидимой преграды, словно бы «отбрасывающей назад», или создававшей неодолимое препятствие для реализации какой-либо деятельности. В некоторых наблюдениях отмечались наиболее необычные образные сравнения волевых нарушений с ощущениями «погружения во мрак» или «засасывания в гигантскую черную трубу».

В большинстве наблюдений отмечался также феномен моральной ипохондрии, характеризовавшейся субъективным ощущением психического изъятия, подозрениями на наличие тяжелого психического заболевания. Пациенты задавали множество вопросов относительно механизма действия психотропных препаратов и прогноза заболевания, изучали соответствующую литературу. Отмечалась фиксация на своем состоянии, сопровождавшаяся требованиями полного восстановления их психической и физической активности. Обсуждение каких-либо иных тем, в том числе при общении с другими пациентами или медицинским персоналом, осуществлялось крайне неохотно. Часто звучали высказывания относительно имеющегося у них заболевания, в которых больные характеризовали себя «выключенными из жизни», говорили о нарушении взаимодействия с внешним миром, жаловались на отсутствие понимания их болезни со стороны окружающих. Поведение пациентов сопровождалось формированием "ограничительного" мировоззрения в виде особого распорядка дня, дозирования нагрузок, «распределения сил на выполнение необходимых дел». В одном наблюдении явления моральной ипохондрии практически достигали бредового уровня и приближались к явлениям транзитивизма. Пациентка регистрировала нарушение как собственных психических функций, так и психических функций своих детей, постоянно искала у них те или иные болезненные симптомы.

Анестетические расстройства какой-либо специфичностью не обладали, и были представлены чувством отгороженности от окружающего мира «невидимым экраном», ощущениями бесчувствия, утраты переживаний положительных и отрицательных эмоций.

При образовании симптомокомплекса адинамии с явлениями **сенесто-ипохондрического синдрома и деперсонализационного круга** регистрировались депрессии с преобладанием идеаторного (5 наблюдений) или моторного (5 наблюдений) компонентов. Представленность того или

иногo компонента, по-видимому была связана с несколькими факторами, одним из которых являлось наличие или отсутствие тоскливого аффекта. Так, **тоскливо-динамические** депрессии (3 наблюдения) и **астено-динамические** депрессии (2 наблюдения), в которых тоска регистрировалась в виде редких эпизодов, характеризовались преобладанием идеаторного компонента. Более значимым факторами являлись интенсивность деперсонализационных расстройств и локализация сенестопатий. Во всех наблюдениях, где преобладала идеаторная адинамия, отмечалась большая выраженность явлений деперсонализации, а сенестопатии локализовались в области головы и в некоторых наблюдениях - в области грудной клетки. Деперсонализационные расстройства, в сочетании с выраженным идеаторным компонентом адинамии подвергались ипохондрической трактовке: изменение восприятия своей личности и окружающей реальности, наряду с идеаторным торможением, расценивалось пациентами как нарушение работы головного мозга вследствие некоторых органических или сосудистых его изменений. Свое состояние пациенты характеризовали как «интеллектуальную измененность», «выключение одной из частей головы», отмечали «роботоподобность», «автоматичность» мыслительной деятельности. Идеаторное торможение регистрировалось объективно, в виде замедления темпа речи и увеличения продолжительности пауз между отдельными словами.

При локализации сенестопатий в области грудной клетки, что отмечалось в тоскливо-динамических депрессиях, пациенты описывали чувства «ватности», «хлопанья», «рыдания» в груди, которые так же носили деперсонализационный характер, являлись своеобразно представленным витальным компонентом.

При меньшей выраженности деперсонализационных расстройств, чаще представленными моральной ипохондрией, и локализации сенестопатий в области брюшной полости или области тазовых органов преобладала

моторная адинамия, которая сочеталась с тревогой или апатией.

Расстройства деперсонализационного круга в структуре **тревожно-динамических** депрессий (2 наблюдения) проявлялись в виде дереализации, возникавшей на высоте тревоги. Разнообразные ощущения, как сенестопатии, так и бессилие, характеризующее моторный компонент адинамии, трактовались пациентами как проявления тяжелого соматического заболевания. Имелись определенные гипотезы развития болезненного состояния, отмечалось образование ипохондрических идей. Сенестопатии в составе **апато-динамических депрессий** (3 наблюдения) приближались по своей психопатологической характеристике к галлюцинациям общего чувства.

Во всех депрессиях ипохондрические явления практически достигали бредового регистра: постепенно формировались особые концепции, связывающие все жалобы, представленные динамическими, сенестопатическими, деперсонализационными расстройствами, в единую картину некоего невыявленного заболевания головного мозга или внутренних органов. Отсутствие каких-либо изменений при обследованиях разубеждало больных лишь на непродолжительное время. Они настаивали на своих концепциях. В случаях локализации сенестопатий в области головы, пациенты сами «разрабатывали» необходимые схемы лечения, требовали назначения ноотропных или сосудистых препаратов и снижения доз нейролептиков и антидепрессантов.

Все наблюдения конъюгированного варианта полиморфных динамических депрессий характеризовались наличием психопатоподобных расстройств истерического круга, что проявлялось в нарастании инфантильности и зависимости от окружения, а также в драматичном восприятии своего заболевания. Длительность депрессий варьировалась от 2 до 8 лет (в среднем 2,5 года). Подобные состояния отличались либо безремиссионным течением, либо демонстрировали крайне

непродолжительные ремиссии низкого качества, отличавшиеся лишь некоторым ослаблением описанной симптоматики. Динамика депрессивного состояния наиболее всего приближалась к течению хронических динамически-инертных депрессий.

Особенности адинамической депрессии конъюгированного варианта отражены в клиническом наблюдении 2 в приложении к диссертации.

**3.3.2. Волатильный<sup>2</sup> вариант полиморфной адинамической депрессии** характеризовался значительной неустойчивостью психопатологической картины. В депрессии широко были представлены психопатоподобные расстройства истерического круга, которые оказывали влияние на проявления адинамии. Моторный (18 наблюдений) или идеаторный (3 наблюдений) компоненты адинамии, по ходу развития депрессии, проделывали определенную динамику: если на первых этапах состояния их интенсивность была достаточно высокой, то по мере развития депрессии она значительно снижалась, однако жалобы на отсутствие сил и трудности реализации интеллектуальной деятельности сохранялись.

Волевой компонент адинамии в депрессии волатильного варианта выходил на первый план. Это реализовывалось в виде пассивности, потери целенаправленности действий и более выраженной инфантильности, чем в наблюдениях конъюгированного варианта адинамических депрессий.

Жалобы пациентов отличались значительной гиперболизацией, отмечалась потребность в повышенном внимании со стороны лечащего врача. Часто задавались вопросы относительно заболевания, имели место просьбы о проверке мышечного тонуса, падение в присутствии врачей и медицинского персонала, что объяснялось выраженным головокружением и бессилием, однако не сопровождалось изменениями соматического статуса.

---

<sup>2</sup> волатильный (от лат. volatilis «летающий; стремительный; мимолётный») - изменчивый, неустойчивый, нестойкий

Среди депрессий волатильного варианта регистрировались тревожно-адинамические (12 наблюдений), апато-адинамические (6 наблюдений) и тоскливо-адинамические (3 наблюдения).

Симптоматика **тревожно-адинамических** депрессий (12 наблюдений) определялась явлениями моторной адинамии, которая сопровождалась расстройствами тревожно-фобического и деперсонализационного круга. Эпизодически регистрировались апатические и астенические расстройства. Наиболее редко имели место расстройства субпсихотического и психотического уровня, в виде идей отношения или сверхценных ипохондрических идей.

Неврозоподобные расстройства были представлены фобической и конверсионной симптоматикой, которая отличалась многообразием проявлений. Больные жаловались на позывы к дефекации и рвоте, затруднения глотания из-за ощущения «кома в горле», чувств «онемения» или зуда кожных покровов, «нервной дрожи», головокружения, нарушения походки и речи. Достаточно часто имели место интенсивные вегетативные реакции (повышенная потливость, учащение сердцебиения, чувство «внутренней дрожи»), присутствовали жалобы на разнообразные по локализации головные боли. Адинамические расстройства, приближающиеся по своим психопатологическим характеристикам к конверсионным (конверсионная адинамия по Субботской Н.В.), проявлялись в ощущениях физической вялости и слабости, наиболее выраженных в области конечностей.

Панические атаки регистрировались в 9 наблюдениях, и, наиболее часто, были представлены расстройствами деперсонализационного круга, в виде явлений дереализации и деперсонализации. Подобно другим наблюдениям, где отмечалось сочетание адинамических расстройств и явлений деперсонализации, постепенно происходило некоторое отчуждение собственной интеллектуальной деятельности, что служило почвой для

формирования идей малоценности. Своеобразием панических состояний являлось содержание страха: потеря сознания или даже смерть от развившегося бессилия. Подобные состояния сопровождались и вполне типичными для панических атак проявлениями: тахикардией, тахипноэ, вегетативными реакциями. Во всех наблюдениях, где регистрировались панические состояния, формировалось избегающее поведение, характерное для пациентов с фобической симптоматикой, осуществлялись частые вызовы бригад СМП.

Также можно было наблюдать обсессивную симптоматику (6 наблюдений), в виде навязчивых сомнений, содержанием которых являлось чувство неполноценности, или же тревожные опасения относительно своего будущего, вследствие развившейся депрессии. Регистрировались малоструктурированные ипохондрические идеи, наиболее часто представленные страхом имеющейся сердечнососудистой патологии или возможности ее образования в скором времени.

Выраженность адинамических расстройств на протяжении депрессии подвергалась значительным колебаниям: эпизоды, где адинамика была представлена наиболее ярко, сменялись эпизодами полного ее отсутствия, уступая место расстройствам тревожно-фобического круга. Явления тревоги, помимо панических пароксизмов, были представлены более продолжительными эпизодами, чередуясь в картине депрессии с эпизодами, в которых адинамические расстройства достигали наибольшей интенсивности, и приводили к полной обездвиженности пациентов, описывающих чувство скованности как отдельных групп мышц (в области конечностей, шеи, нижней челюсти), так и всего тела. Одна пациентка в течение недель была прикована к кровати, для реализации физиологических отправлений просила помощи матери, которая подносила ей медицинское судно. В некоторых депрессиях регистрировались, непродолжительные по времени, субступорозные состояния, в которых объективно наблюдалось повышение

мышечного тонуса. Однако, повышение мышечного тонуса начиналось с области нижних конечностей, что, наряду с другими особенностями развития подобных состояний, указывало на кататоноподобный характер расстройств, а не на истинный кататонический. При диагностике и оказании помощи по поводу описанных состояний, отмечалась доступность пациентов контакту, они выполняли все данные им инструкции, в том числе могли подняться с кровати и пройти по комнате.

**Тоскливо-динамические** депрессии (3 наблюдения) были представлены идеаторным компонентом адинамии и выраженными явлениями тоски с витальностью. В психопатологической картине депрессий присутствовали расстройства неврозоподобного круга в виде явлений деперсонализации, а также обсессивно-фобической симптоматики и разнообразных конверсионных расстройств. Имели место эпизоды тревоги, апатии и астении. В некоторых исследованных состояниях отмечались явления сенесто-ипохондрического синдрома. Сенесталгии, как и в тоскливо-динамических депрессиях конъюгированного варианта, локализовались в области головы и грудной клетки. Отмечались малоструктурированные ипохондрические идеи, не достигавшие бредового уровня.

**Апато-динамические** депрессии (6 наблюдений) определялись моторной адинамией, которая сочеталась с апатическими, неврозоподобными расстройствами, а также с неразвернутыми расстройствами психотического уровня. Явления апатии постоянством не отличались. Как правило, преобладали жалобы либо на динамические либо на апатические расстройства. Интенсивность психопатоподобных расстройств была так же достаточно высокой, что проявлялось в эксплозивных реакциях, элементах антисоциального поведения, случаях употребления ПАВ. Неврозоподобная симптоматика была представлена обсессивно-фобическими и деперсонализационными расстройствами. Отмечалась значительная выраженность идей малоценности, практически достигавших бредового

уровня на высоте состояния. В некоторых депрессиях регистрировались эпизоды параноидной симптоматики в виде идей отношения и преследования. Подобные эпизоды, сопровождались появлением аффекта тревоги и дисфорических расстройств. Присутствовали и астеноподобные расстройства, появление которых было сопряжено с влиянием каких-либо внешних факторов – изменением метеоусловий, соматогенными провокациями, интеллектуальными или физическими нагрузками. На фоне уже имевшихся апато-динамических расстройств появлялось чувство выраженной усталости, сопровождавшейся явлениями раздражительной слабости, гиперестезии, слезливостью, головными болями, массивными вегетативными проявлениями, субфебрилитетом.

В целом, адинамические депрессии, отнесенные нами к волатильному варианту, характеризовались постоянным изменением как психопатологической картины, так и интенсивности представленных в них расстройств. Закономерность появления или чередования тех или иных психопатологических образований выявить не представлялось возможным, как и сделать однозначный вывод относительно течения депрессий данной подгруппы. Подобное непостоянство картины адинамических депрессий отражали и жалобы пациентов, констатируя которые, они затруднялись выделить наиболее значимые. Изменения психопатологической картины депрессий порой можно было регистрировать в течение нескольких дней или недель. Течение депрессивных состояний прерывалось эпизодами аффективно-смешанных состояний, максимальная длительность которых составляла до нескольких недель, а психопатологическая картина определялась наличием нерезко выраженных адинамических и различных неврозоподобных расстройств. Подобные состояния характеризовались неустойчивым аффектом, с колебаниями от гипотимического до гипоманиакального уровня. Наибольшее сходство депрессии подгруппы волатильного варианта приобретали с встречающимися в литературе

описаниями затяжных депрессий [27]. Длительность депрессивных состояний в данной подгруппе составляла от 2 до 6 лет (2,6 года). Депрессивные состояния завершались формированием медикаментозных ремиссий, в которых полной редукции психопатологических расстройств не отмечалось: после выписки длительное время сохранялись идеи малоценности и адинамические расстройства, имели место личностные изменения, связанные как с психопатизацией, так и с некоторым снижением социальной активности.

Особенности адинамической депрессии волатильного варианта отражены в клиническом наблюдении 3 в приложении к диссертации.

#### ГЛАВА 4.

### КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ФОРМИРОВАНИЕМ АДИНАМИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ

При анализе заболеваний, протекающих с формированием эндогенных адинамических депрессий, были установлены корреляции между выделенными нами типологическими вариантами и течением этих заболеваний. Депрессии первого типа, имеющие типичную психопатологическую структуру, ограниченную аффективным уровнем расстройств, сохраняли подобную структуру на протяжении всего заболевания. Ограничение расстройств аффективным уровнем указывало на благоприятный исход и позволяло отнести эти заболевания к аффективному кругу. Тщательный анализ адинамических полиморфных депрессий с атипичной психопатологической структурой показал, что они развивались в структуре шизофрении. На протяжении заболевания, наряду с полиморфными депрессиями, отмечалось развитие различных приступов: регистрировались аффективные приступы простой и полиморфной структуры, а также психотические приступы и постприступные депрессии. Развитие конъюгированного варианта полиморфных адинамических депрессий указывало на высокую прогрессивность заболевания с явной тенденцией к хронификации. Формирование волатильного варианта полиморфных адинамических депрессий с прогностической точки зрения указывало на менее благоприятный его исход по сравнению с аффективными заболеваниями, в которых наблюдались простые адинамические депрессии, и на более благоприятный исход, по сравнению с шизофренией, в рамках которой развивались адинамические депрессии конъюгированного варианта.

#### **4.1. Клинические и патогенетические особенности эндогенных заболеваний аффективного круга, протекающих с формированием простых адинамических депрессий (25 наблюдений, 38.5%).**

С целью получения более полного представления о закономерностях течения заболеваний, в которых развивались адинамические депрессии, в настоящем исследовании было проведено подробное рассмотрение манифестных состояний, которые в первой клинической группе были представлены апато-адинамическими (11 наблюдений), тревожно-адинамическими (8 наблюдений), тоскливо-адинамическими (3 наблюдения) и тревожными (3 наблюдения) депрессиями. Развитие манифестных аффективных фаз в большинстве наблюдений происходило аутохтонно (16 наблюдений из 25, 64%), либо под воздействием незначительных психогенных провокаций (смена места жительства, конфликты с начальством или супругом). В остальных наблюдениях манифестация заболевания была связана с реакцией на соматическое заболевание или с серьезными психотравмирующими событиями (заболевание или смерть близкого человека).

Манифестные **адинамические депрессии** (22 наблюдения) характеризовались представленностью всех компонентов адинамии. Они сопровождались соматическими признаками депрессии и правильным суточным ритмом колебаний настроения. Средняя продолжительность депрессий составляла 9 месяцев (от 1 месяца до 2 лет).

Манифестные **апато-адинамические депрессии** (11 наблюдений) характеризовались постепенным формированием апато-адинамического синдрома, проявляющегося снижением имевшихся ранее интересов, медлительностью, трудностями сосредоточения, появлением «несобранности», «растерянности». Наряду с апатическими и адинамическими расстройствами в четырех наблюдениях имели место эпизоды тоски, достаточно выраженные идеи малоценности. В двух

наблюдениях регистрировались кратковременные эпизоды тревоги, в одном - явления астенического синдрома, в виде раздражительности, аффективной лабильности, гиперестезии, повышенной утомляемости. Тяжесть депрессий в большинстве наблюдений была средней. В двух наблюдениях регистрировались выраженные динамические расстройства, что привело к необходимости госпитализации, в остальных наблюдениях обращений за врачебной помощью не последовало. В двух наблюдениях апато-динамическая депрессия являлась частью сдвоенной фазы, последовала за гипоманиакальным и маниакальным состояниями.

Манифестные **тревожно-динамические** депрессии (8 наблюдений) явились наиболее тяжелыми, что, по-видимому, объяснялось особенностями их структуры. В некоторых наблюдениях (5 из 8), правильнее было бы назвать эти состояния динамически-тревожными, так как это название точнее отражало бы характер их течения. На начальном этапе своего развития депрессии были представлены исключительно динамическими расстройствами, характеризовавшимися постепенным нарастанием выраженности моторного и идеаторного компонентов адинамии, достигавшими явлений субступора. В ходе дальнейшего развития структура депрессивного состояния усложнялась появлением эпизодов достаточно интенсивной тревоги, чередовавшихся с субступорозными эпизодами. В ряду наблюдений, напротив, появлению динамических расстройств предшествовали тревожные, которые нередко носили пароксизмальный характер. Во всех депрессиях имели место выраженные идеи малоценности. Амбулаторное обращение за психиатрической помощью последовало в трех наблюдениях, госпитализация потребовалась в пяти из них.

Манифестные **тоскливо-динамические** депрессии регистрировалась в трех наблюдениях. Отмечалась фиксированность пациентов на психотравмирующих событиях, предшествовавших началу заболевания. Депрессии были представлены тоскливым аффектом, присутствовали

явления витальности. Идеаторный и моторный компоненты адинамии были выражены умеренно, однако сопровождались значительным снижением уровня активности пациентов и формированием идей малоценности. Обращений за психиатрической помощью ни в одном из наблюдений не последовало, что позволило оценить данную разновидность адинамических депрессий первой группы как наименее тяжелую из всех.

Анализ динамики **эндогенных заболеваний аффективного круга**, протекающих с образованием **простых адинамических депрессий**, позволил выявить отличия, связанные с монополярным (11 наблюдений) и биполярным (14 наблюдений) типами их течения. Средний возраст манифестации заболеваний с монополярным течением (11 наблюдений, 44%) составлял 31.27 лет (от 20 до 43 лет). Преобладал возраст старше 30 лет. При биполярном течении (14 наблюдений, 66%) средний возраст начала заболевания составлял 24.28 года (от 14 до 33 лет). Преобладал возраст менее 23 лет.

Длительность заболевания, при **монополярном типе течения** (11 наблюдений), варьировалась от 2 до 11 лет (в среднем 6.4 года), и в большинстве наблюдений не превышала 7.5 лет, в одном наблюдении составляла 11 лет. Адинамические расстройства присутствовали в 10 из 11 манифестных депрессий (90.9%) заболеваний с монополярным течением, в одном наблюдении появление адинамии можно было зарегистрировать во второй фазе от начала заболевания.

Всего было проанализировано 32 аффективных приступа, продолжительность которых составила от одного месяца до двух лет, в среднем 11 месяцев, со средней частотой фазообразования 1 приступа в 2 года. Самостоятельно обошлось 8 депрессий. Амбулаторные обращения за врачебной помощью последовали в результате развития 6 депрессивных состояний, и госпитализации потребовали 17 депрессий.

Возраст пациентов к началу **исследуемых** адинамических депрессий

варьировался от 23 до 52 лет, в среднем составлял 37 лет. Исследуемое состояние являлось первым (2 наблюдения), вторым (3 наблюдения), третьим (4 наблюдения), пятым или шестым (по 1 наблюдению) в динамике заболевания. Длительность их составила от 6 месяцев до 2 лет. Ремиссии при монополярной форме отличались большой продолжительностью и отсутствием каких-либо резидуальных симптомов. Их средняя продолжительность составляла около 4 лет.

При рассмотрении заболеваний **с биполярным типом** (14 наблюдений), имелись сложности их анализа в случае континуального течения. В этих наблюдениях (6 из 14) производилась оценка манифестных депрессий и тех депрессий, которые потребовали госпитализации. Остальные депрессивные состояния не учитывались в силу недостатка имеющихся о них данных. Длительность заболевания составляла от 2 до 31 года (в среднем 15 лет), в большинстве наблюдений превышала 10 лет. Адинамические расстройства, так же как и при монополярном течении заболевания, присутствовали в большинстве манифестных депрессий (12 из 14). В двух наблюдениях манифестными являлись чисто тревожные депрессии, тревожно-адинамические депрессии являлись вторыми по счету от начала заболевания.

Всего было проанализировано 51 депрессивное состояние, продолжительностью от одного месяца до полутора лет (в среднем 14 месяцев). Частота фазообразования составляла в среднем один аффективный приступ в год. Семь депрессий обошлось самостоятельно, 37 потребовали госпитализации, 7 — обращения за амбулаторной помощью. Повторных госпитализаций по ходу развития одного депрессивного состояния не отмечалось. Возраст пациентов к началу исследуемых депрессий варьировался от 17 до 63 лет, в среднем составлял 39 лет. В одном наблюдении исследуемое состояние являлось манифестным, регистрировалось в составе сдвоенной фазы. Во всех остальных —

исследуемые состояния являлись повторными в динамике заболевания, после многократно перенесенных фаз обоих полюсов. Их длительность составила от 2 месяцев до полутора лет. Продолжительность ремиссий при биполярной форме различалась, и составляла от одного месяца до 20 лет, наиболее часто - от 2 до 8 месяцев. Несмотря на малую продолжительность, качество ремиссий было достаточно высоким.

Выявленные отличия **аффективных заболеваний**, протекающих с формированием **простых адинамических депрессий**, были связаны с самим характером их течения - с монополярным или биполярным. Структура же адинамических депрессий во всей группе была сходной и отличалась неизменностью на протяжении всего заболевания. Так, если манифестная фаза была представлена апато-адинамической депрессией, все повторные фазы также являлись апато-адинамическими. Исключение составили 3 наблюдения, в которых манифестные депрессии являлись тревожными, а последующие депрессивные состояния имели тревожно-адинамическую структуру. Однако, и в данных наблюдениях значимых структурных изменений депрессии не отмечалось: тревожный радикал присутствовал во всех депрессивных состояниях. Уровень тяжести депрессий на протяжении аффективных заболеваний различался, и определялся, в первую очередь, степенью интенсивности адинамических расстройств, а также сочетанием адинамии с другими аффективными расстройствами.

В некоторых наблюдениях отмечалось нарастание тяжести депрессий по мере развития заболевания. Так, наиболее тяжелыми среди **тоскливо-адинамических депрессий** являлись исследуемые, повторные на протяжении заболевания, и отличавшиеся большей глубиной адинамических расстройств и большей продолжительностью по сравнению с манифестными. Они также характеризовались появлением непродолжительных эпизодов тревоги. При рассмотрении **апато-адинамических депрессий** подобных закономерностей выявлено не было. Динамика глубины депрессивного аффекта на протяжении

заболевания скорее приближалась к волнообразной: отмечалось чередование более глубоких по степени тяжести депрессий с менее глубокими. В некоторых наблюдениях наиболее тяжелыми явились манифестные депрессии, в других - исследуемые. **Тревожно-динамические депрессии**, как манифестные, так и повторные, характеризовались наибольшей тяжестью среди всех динамических депрессий, что определялось высокой интенсивностью динамических расстройств. Практически все тревожно-динамические депрессии потребовали обращения за врачебной помощью, а наиболее часто - стационарного лечения. Тяжесть тревожно-динамических депрессий определялась также выраженными сверхценными идеями малоценности (2 наблюдения, 4 фазы), приводящими к формированию суицидальных идей и к попыткам самоубийства (1 наблюдение, 2 фазы).

При оценке **преморбидной структуры личности** пациентов данной группы, в большинстве случаев, преобладали лица с шизоидным (12 наблюдений, 48%) и психастеническим (8 наблюдений, 32%) складом. В меньшей степени была представлена гармоничная структура личности, с гипертимными и умеренно выраженными истерическими чертами характера (5 наблюдений, 20%). Личностные особенности пациентов на доманифестном этапе не выходили за рамки акцентуации.

Среди лиц с шизоидной акцентуацией характера преобладали сенситивные шизоиды (7 наблюдений), которым были свойственны обидчивость, ранимость, впечатлительность, робость, некоторая пессимистичность. В депрессивных состояниях перечисленные черты заострялись. Отмечалось формирование депрессивного мировоззрения и сверхценных идей малоценности. В некоторых наблюдениях видение собственного будущего представлялось наиболее мрачным. Пациенты пребывали в тревожном ожидании увольнения и полного финансового краха, «нищенского существования», «жизни впроголодь».

Стеничные шизоиды составили 5 наблюдений. У данных лиц, несмотря

на предпочтение к уединению, своеобразии интересов, отмечался достаточно высокий уровень адаптации среди сверстников, стремление к лидерству, способности к четкому формированию целей и их реализации. В депрессивных состояниях у стеничных шизоидов наиболее ярко проявлялась аутизация, актуализировались черты, более характерные для лиц с сенситивной шизоидной акцентуацией.

Лиц с психастеническим, тревожно-мнительным складом (8 наблюдений) отличали впечатлительность, гипертрофированное чувство ответственности, стремление к созданию наиболее безопасных условий для себя и своих близких, низкая адаптация к стрессовым ситуациям. Описанные черты характера в значительной мере интенсифицировались в депрессивных состояниях.

Акцентуанты с гипертимными и истерическими чертами (5 наблюдений) отличались жизнерадостностью, оптимистичностью, общительностью, потребностью находиться в центре внимания. В депрессивных состояниях у этих пациентов преобладающими становились тревожно-мнительные черты, либо значительно заострялись истерические черты характера. Отмечалось драматичное восприятие развившегося заболевания, высокая потребность в эмпатии, сочувствии со стороны родных и врачей, которые занимались их лечением, регистрировалось появление резко выраженных конверсионных расстройств.

В 12 наблюдениях (48%) в группе аффективных заболеваний имела место **наследственная отягощенность психическими заболеваниями**, в том числе алкоголизмом (7 наблюдений). В двух наблюдениях наследственность, помимо психических, отягощалась и неврологическими заболеваниями. В ряде случаев были выявлены угроза прерывания беременности у матерей пациентов и асфиксия новорожденных (3 наблюдения, 12%). Регистрировались явления дизонтогенеза в виде опережения физического и речевого развития, раннего формирования

навыков чтения и письма (2 наблюдения, 8%). Логоневроз, в 3 наблюдениях (12%), отмечался с детского возраста по настоящее время, его интенсивность увеличивалась в ситуациях, связанных с эмоциональным напряжением. Энурез и эпизоды снохождения были выявлены в 3 наблюдениях (12%). Также регистрировался страх темноты (5 наблюдений, 20%), который терял актуальность по достижении пациентами подросткового возраста. Этап пубертатного криза в пяти наблюдениях (20%) ознаменовался явлениями дисморфофобии, возникновению которой предшествовали полученные замечания по поводу реально имевшихся недостатков внешности со стороны сверстников. Явления дисморфофобии характеризовались нестойкостью, теряли свою актуальность для пациентов данной группы по миновании подросткового возраста.

На доманифестном этапе в 9 наблюдениях отмечались явления реактивной эмоциональной лабильности, которые в 5 наблюдениях регистрировались у лиц женского пола, с сенситивным шизоидным складом (3 наблюдения) и с преобладанием истерических черт характера (2 наблюдения). Кратковременные субдепрессивные эпизоды, характеризовались появлением дисфорических и тревожных расстройств, усугублением истерических черт характера. В некоторых наблюдениях их появление было сопряжено с началом *menses* и наблюдалось во время предменструального синдрома. В остальных четырех наблюдениях регистрировались субдепрессивные состояния, длительностью от нескольких дней до недели, проявлявшиеся подавленным фоном настроения, апато-адинамическими и астеническими расстройствами.

\* \* \*

Общий анализ течения заболевания первой группы подразумевал также рассмотрение патогенетических характеристик представленных в ней наблюдений. Было проведено соотнесение доманифестных характерологических черт пациентов и структуры первого аффективного

приступа. Также учитывались наличие или отсутствие наследственной отягощенности и явлений дизонтогенеза на доманифестном этапе заболевания, что позволило сделать выводы о вероятном его исходе. Полученные данные согласуются с работами по оценке клинической картины манифестной депрессии [9,12].

Особенности, связанные с типом течения заболевания — монополярным или биполярным — касались онтогенетических или личностных нарушений на доманифестном этапе, представленных, в основном, в наблюдениях с биполярным течением заболевания. При монополярном течении регистрировался энурез и страх темноты (по одному наблюдению), других нарушений зафиксировано не было. Преобладания фактора наследственной отягощенности в зависимости от биполярного и монополярного типа течения заболевания не отмечалось.

Представленность манифестных апато-адинамических депрессий преобладала при биполярной форме течения заболевания (7 наблюдений), имела место у лиц с шизоидной акцентуацией по стеническому типу (5 наблюдений) и у лиц с истеро-гипертимным складом (2 наблюдения), тогда как при монополярной форме течения апато-адинамические депрессии развивались только у лиц с шизодными сенситивными чертами (4 наблюдения). Манифестные тоскливо-адинамические депрессии (3 наблюдения) развивались исключительно при монополярной форме течения заболевания, и исключительно у лиц с шизоидными сенситивными чертами. Манифестные тревожно-адинамические депрессии при биполярной форме (5 наблюдений) и при монополярной форме (3 наблюдения) течения развивались у лиц с психастенической (6 наблюдений) и с истеро-гипертимной (2 наблюдения) акцентуацией.

Учитывая неизменность структуры адинамических депрессий на протяжении всего заболевания, выявленные корреляции между преморбидными особенностями и типом манифестной адинамической

депрессии обладают определенной прогностической ценностью. Результаты представлены в таблице 4.1. При сравнении преморбидных особенностей в группах с монополярным и биполярным течением заболевания были обнаружены достоверные различия  $p < 0.01$ .

Анализ течения заболеваний, на протяжении которых отмечалось исключительно формирование простых адинамических депрессий, позволил квалифицировать их как заболевания аффективного круга (биполярное аффективное расстройство и рекуррентное депрессивное расстройство по МКБ-10), что подтверждалось также наличием лишенных каких-либо резидуальных расстройств, продолжительных ремиссий высокого качества.

4.1. Сравнительная характеристика типов манифестных депрессий в соответствии с преморбидными личностными особенностями в группе аффективных заболеваний

Преморбидные особенности	Тип депрессии								Итого	
	Апато-адинамическая		Тоскливо-адинамическая		Тревожно-адинамическая		Тревожная			
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
<b>Всего пациентов</b>	<b>11</b>	<b>44</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>32</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>Монополярный тип течения заболевания</b>									<b>11</b>	<b>44</b>
Сенситивные шизоиды	4	16	3	12	–	–	–	–	7	28
Психастенические	–	–	–	–	1	4	1	4	2	8
Истеро-гипертимные	–	–	–	–	2	8	–	–	2	8
<b>Биполярный тип течения заболевания</b>									<b>14</b>	<b>56</b>
Стеничные шизоиды	5	20	–	–	–	–	–	–	5	20
Психастенические	–	–	–	–	5	20	1	4	6	24
Истеро-гипертимные	2	8	–	–	–	–	1	4	3	12
$\chi^2 = 14.042, p < 0.01$										

Достаточно высокими являлись и социально-трудовые показатели (таблица 4.4), которые на протяжении заболевания значительно не снижались. Только в двух наблюдениях, в возрасте 55 и 57 лет, была оформлена инвалидность по психическому заболеванию.

#### **4.2. Клинические и патогенетические особенности шизофрении, протекающей с формированием полиморфных динамических депрессий (40 наблюдений, 62.5%)**

Анализ заболевания, протекающего с формированием полиморфных динамических депрессий, позволил квалифицировать его как процессуальное. Несмотря на то, что психотические приступы регистрировались не во всех наблюдениях, во всей когорте больных этой группы достаточно широко были представлены негативные расстройства и субпсихотическая симптоматика. В ходе развития заболевания в данной клинической группе отмечалось значительное снижение социально-трудовых показателей (результаты приведены в таблице 4.4)

Негативные расстройства проявлялись выраженными личностными изменениями, явлениями психической уязвимости, неприятием каких-либо изменений жизненных стереотипов. Отмечались также психопатоподобные изменения, в виде эгоцентричности, капризности, нередко и грубости в отношении близких людей. Оценка негативных расстройств проводилась на протяжении исследования - при поступлении и на этапе становления ремиссии, что подтверждалось результатами шкал PANSS и SANS. Также производилась ретроспективная оценка негативных расстройств, основанная на тщательном анализе состояния больных в межприступном периоде. Таким образом, была доказана независимость этих изменений от аффекта и нозологическая принадлежность заболеваний к шизофрении с приступообразно-прогредиентным типом течения.

В ходе детального анализа заболевания всей группы шизофрении с

образованием полиморфных динамических депрессий была установлена ее неоднородность, что было связано как с характером течения заболевания, так и с выраженностью личностных изменений. Поэтому **были выделены две подгруппы — с выраженной прогрессивностью и с малой прогрессивностью заболевания.** При выраженной прогрессивности заболевания (19 наблюдений) отмечалось образование **хронических полиморфных** динамических депрессий, с динамически-инертным типом течения. В подгруппе с малой прогрессивностью заболевания (21 наблюдение), отмечалась тенденция к формированию **затяжных полиморфных** динамических депрессий.

В подгруппе с выраженной прогрессивностью по шкале PANSS общие показатели негативных синдромов варьировались в широких пределах от 22 до 33 баллов, по шкале SANS - от 82 до 98 баллов. В подгруппе с малой прогрессивностью по шкале PANSS общие показатели негативных синдромов ограничивались диапазоном от 15 до 21 балла, по шкале SANS - от 54 до 62 баллов. Анализ результатов психометрической оценки выраженности негативных расстройств статистически достоверных различий в подгруппах с малой и выраженной прогрессивностью не выявил. Результаты приведены в таблице 4.2.

В подгруппе с **выраженной прогрессивностью** шизофрении личностные изменения проявлялись значительно нарастающей аутизацией или чужаковатостью, падением общего уровня потребностей, в частности, потребности в социальных контактах, профессиональном развитии и познавательной деятельности, пренебрежении правилами личной гигиены. Отмечалось значительное снижение социально-трудовых показателей. В восьми наблюдениях была оформлена инвалидность, 15 из 19 пациентов не были трудоустроены в течение нескольких лет. В пяти наблюдениях отмечались трудности в образовательной деятельности, высшее образование осталось неоконченным.

В подгруппе с **малой прогрессивностью** шизофрении так же имели место личностные изменения, выраженность которых была достаточно высокой. Снижение уровня потребностей и нарастание аутизации происходило в меньшей степени, чем в подгруппе с высокой прогрессивностью шизофрении, однако, так же отмечались сужение круга общения, некоторая ограниченность интересов. Трудоспособность в большинстве наблюдений сохранялась, подобные изменения не приводили к значительному снижению или потере квалификации. Личностные изменения оценивались в соответствии с данными исследований, связанных с изучением малопродвинутой шизофрении [80]. Социально-трудовые показатели наблюдений группы шизофрении отражены в таблице 4.4.

**Таблица 4.2. Сравнение результатов психометрической оценки негативных расстройств в подгруппах шизофрении**

	Подгруппа с выраженной прогрессивностью шизофрении	Подгруппа с малой прогрессивностью шизофрении
<i>Среднебалльные значения психометрической оценки на момент поступления в стационар</i>		
<b>по шкале PANSS</b>		
Шкала позитивных синдромов	11.57	8.14
Шкала негативных синдромов	27.31	16.47
Общепатологическая шкала	71.05	65.85
Суммарный балл	109.93	90.46
<b>по шкале SANS</b>	119.53	90.76
$\chi^2=1.681, p<0.05$		

<i>Среднебальные значения психометрической оценки на момент выписки из стационара</i>		
<b>по шкале PANSS</b>		
Шкала позитивных синдромов	9.36	7.89
Шкала негативных синдромов	26.75	16.11
Общепатологическая шкала	59.86	53.47
Суммарный балл	89.97	77.47
<b>по шкале SANS</b>		
	116.13	86.71
$\chi^2=1.548, p<0.05$		

Для правильной нозологической оценки все аффективные состояния данной группы мы квалифицировали как аффективные приступы. Более подробно были рассмотрены **манифестные** состояния.

**4.2.1. Клинические особенности шизофрении с выраженной прогредиентностью.** Манифестные состояния подгруппы с **выраженной прогредиентностью шизофрении** в 13 наблюдений из 19 (68.4%) были представлены полиморфными динамическими депрессиями. Среди них регистрировались апато-динамические (4 наблюдения), астено-динамические (3 наблюдения), тоскливо-динамические (3 наблюдения) и тревожно-динамические (3 наблюдения) депрессии. Регистрировалась также тревожная полиморфная депрессия (1 наблюдение, 5.3%). Манифестные психотические приступы имели место в 4 наблюдениях (21%), два из которых отличались неразвернутой симптоматикой. Развитие простой меланхолической депрессии отмечалось в 1 наблюдении (5.3%).

Манифестные полиморфные **апато-динамические** депрессии (4 наблюдения) характеризовались участием в их структуре деперсонализационных и сенесто-ипохондрических расстройств, создававших симптомокомплекс с динамией, представленной в большей степени ее моторным компонентом. Описанный симптомокомплекс определял структуру последующих депрессивных состояний на протяжении

заболевания. Апатические расстройства проявлялись снижением интересов и явлениями ангедонии, сенесто-ипохондрические расстройства имели различную локализацию. Тяжесть депрессивных состояний была средней, в двух из четырех наблюдений потребовалась госпитализация.

Манифестные полиморфные **астено-динамические** депрессии (3 наблюдения) были представлены астеническими расстройствами, которые сопутствовали симптомокомплексу из идеаторной адинамии и деперсонализационных расстройств, представленных, как правило, явлениями моральной ипохондриии. В одном из наблюдений так же имели место сенесто-ипохондрические расстройства, сопровождавшиеся формированием сверхценных идей о наличии неврологического заболевания. Во всех наблюдениях потребовались госпитализации, что указывало на достаточно тяжелую степень депрессий.

Манифестные полиморфные **тоскливо-динамические** (3 наблюдения) и **тревожно-динамические** (3 наблюдения) депрессии имели некоторое сходство со структурой простых депрессий, что проявлялось наличием правильного суточного ритма колебаний настроения и соматических признаков депрессии. Депрессии характеризовались также выраженной моторной (5 наблюдений) или идеаторной (1 наблюдение) адинамией. Однако, широко представленная неврозоподобная симптоматика, в виде обсессивно-фобических, конверсионных, деперсонализационных и умеренно выраженных психопатоподобных расстройств истерического круга, указывала на полиморфизм и атипичный характер данных депрессий. Тяжесть депрессивных состояний варьировала от умеренной до тяжелой: два депрессивных состояния обошлись самостоятельно, два потребовали обращения за амбулаторной помощью и одно — стационарного лечения.

Все манифестные полиморфные депрессии завершились формированием ремиссий, качество которых было невысоким, так как сохранялись резидуальные расстройства: нерезко выраженные

неврозоподобные и адинамические. Продолжительность ремиссий составляла от полугода до нескольких лет.

Манифестные **психотические приступы** (4 наблюдения) отличались достаточной сложностью структуры. Один из приступов был представлен явлениями бредовой деперсонализации, выраженными адинамическими расстройствами и эпизодами тревоги. Продолжительность приступа составляла около двух недель. В другом наблюдении структура манифестного приступа так же отличалась значительной сложностью, так как он представлял собой комплекс аффективных состояний обоих полюсов, континуально следующих друг за другом. Продолжительность приступа составляла 6 лет. Начало приступа ознаменовалось развитием астено-адинамической депрессии с выраженными анестетическими расстройствами. За депрессией последовала продуктивная гипомания, которая сменилась острым парафренным состоянием, с явлениями синдрома инсценировки и элементами синдрома Кандинского-Клерамбо, сопровождавшегося выраженным тревожным аффектом, и имевшим фабулой религиозные представления. За описанными приступами в обоих наблюдениях последовали затяжные постприступные астено-адинамические депрессии, сопровождавшиеся явлениями деперсонализации, не достигавшей бредового уровня. Одна из депрессий сопровождалась субфебрилитетом. Перенесенные постприступные депрессии завершились гипоманиакальным состоянием (1 наблюдение) и ремиссией (1 наблюдение).

Манифестные приступы в 2 других наблюдениях отличались значительным сходством структуры: за неразвернутыми психотическими состояниями следовали полиморфные адинамические депрессии, в которых присутствовали явления апатии и расстройства деперсонализационного круга. Психотические расстройства были представлены в одном случае сенесто-ипохондрическим бредом, в другом — параноидной симптоматикой, сопровождались выраженным аффектом тревоги. Полиморфные

динамические депрессии, следовавшие за психотическими приступами, в обоих наблюдениях являлись исследуемыми, отмечался средний возраст манифестации - 38 лет и 43 года.

Общей особенностью структуры всех четырех описанных манифестных приступов являлось наличие острого психотического состояния, за которым следовала постпсихотическая депрессия, получившая затяжной или хронический характер течения. Структура депрессии также имела сходство, была представлена моторной динамией и деперсонализационными расстройствами. Во всех состояниях имели место выраженные соматические признаки депрессии. В трех депрессиях имел место суточный ритм колебаний настроения, в двух из них — инвертированный. Во всех наблюдениях проводилось стационарное лечение.

Только в одном наблюдении подгруппы с выраженной прогрессивностью шизофрении, манифестный аффективный приступ был представлен простой **меланхолической** депрессией, которая последовала за гипоманиакальным состоянием в составе сдвоенной фазы. Структура обоих состояний ограничивалась аффективным уровнем.

Возраст манифестации заболевания в подгруппе с **выраженной прогрессивностью** варьировал от 11 до 39 лет. При монополярном течении заболевания средний возраст манифестации составлял 29.5 лет, при биполярном - 22.5 лет. Длительность манифестных состояний составляла от 1 месяца до 8 лет (в среднем 2.8 года). В большинстве наблюдений подгруппы шизофрении с **выраженной прогрессивностью** механизм образования манифестных аффективных приступов был аутохтонным (12 наблюдений из 19, 63.2%). Имели место соматогенная (1 наблюдение) и психогенная (6 наблюдений) провокация, однако, и эти состояния достаточно быстро приобрели эндогенные черты.

Анализ характера манифестных состояний показал их

неоднородность, с участием расстройств значительно различающихся по степени тяжести психопатологических регистров. Так, наблюдались депрессии с относительно простой структурой, сопоставимой со структурой депрессий из группы аффективных заболеваний и депрессии, являвшиеся составной частью сложных по структуре психотических приступов. В большинстве манифестных **полиморфных динамических** депрессий отмечалась тенденция к формированию симптомокомплекса из адинамии и других психопатологических образований, выходящих за рамки аффективных расстройств. Во всех из них отмечалось преобладание одного из компонентов адинамии: моторного (13 наблюдений) или идеаторного (5 наблюдений).

В подгруппе с **выраженной прогрессивностью шизофрении** (19 наблюдений) всего было проанализировано 79 аффективных приступов, из которых 19 были квалифицированы как шубы. Из этих 19 приступов регистрировалось 5 развернутых аффективно-бредовых состояний, 6 приступов носили транзиторный характер или отличались редуцированностью, 8 приступов протекали с участием выраженной негативной симптоматики и расстройств субпсихотического уровня, после их завершения отмечались значительные изменения личности, что позволило квалифицировать эти состояния как шубы. Монополярная форма течения заболевания регистрировалась в 6 наблюдениях из 19 (31.6%), биполярная - в 13 (68.4%). Средняя продолжительность заболевания при монополярной форме составляла 15.2 года, при биполярной — 18.4 года. Все исследуемые депрессии, за исключением двух наблюдений, являлись повторными по ходу заболевания. Их развитию предшествовало развитие от двух до 20 аффективных или психотических приступов.

В подгруппе с выраженной прогрессивностью заболевания чаще, чем в подгруппе с малой прогрессивностью, регистрировались расстройства психотического регистра. В большинстве наблюдений встречались

редуцированные формы психозов. Часто, за транзиторно протекающим психотическим состоянием, следовало депрессивное, или на протяжении депрессии имели место эпизоды стертой психотической симптоматики. Структура подобных аффективных приступов усложнялась при биполярном течении заболевания, когда на протяжении одного приступа происходила неоднократная смена аффекта.

В 8 наблюдениях имели место приступы, которые можно квалифицировать как «негативные». Они сопровождались значительным изменением личностной структуры и жизненного уклада пациентов, появлением или нарастанием аутизации. После перенесенных приступов отмечалось развитие хронических полиморфных адинамических депрессий, сопровождавшихся формированием симптомокомплекса из адинамии и явлений моральной ипохондрии. Отмечалась фиксация пациентов на своем психическом состоянии, они испытывали потребность осуществления постоянного анализа собственной мыслительной деятельности. Часто звучали жалобы на «угасание творческой активности», якобы свойственной им до начала заболевания.

Подобная клиническая картина вызывала значительные трудности квалификации данных состояний, поскольку сложно было отделить явления адинамии от негативных изменений личности, однако несомненная аффективная составляющая этих состояний позволила квалифицировать их как депрессивные.

На протяжении шизофрении с выраженной прогрессивностью регистрировались адинамические депрессии различной структуры. Так, в одном наблюдении могли развиваться тоскливо-динамические, тревожно-адинамические, апато-адинамические или астено-адинамические депрессии, что составляло отличие от наблюдений группы аффективных заболеваний, в которых структура депрессий характеризовалась клишированностью.

Общий анализ течения шизофрении с выраженной прогрессивностью

выявил всего два варианта его развития. **Первый вариант имел сходство с течением биполярного аффективного расстройства.** В этих наблюдениях отмечалось от 20 и более аффективных приступов обоих полюсов, смена которых происходила континуально. Отличием являлось своеобразие гипоманиакальных состояний, которые с одной стороны, характеризовались продуктивностью, с другой - сохраняли на своем протяжении адинамические, астенические и неврозоподобные расстройства, что придавало им характер смешанных состояний, по типу «астенической мании» [84]. Наличие резидуальных расстройств было характерно и для ремиссий. По ходу течения заболевания отмечалось увеличение продолжительности депрессивных состояний и укорочение ремиссий и гипоманий, со значительным снижением характерной для них ранее продуктивности.

Второй вариант течения шизофрении с выраженной прогрессивностью характеризовался формированием редких полиморфных адинамических депрессий, приобретающих затяжной или хронический характер течения. В результате оба варианта течения заболевания приводили к формированию хронических динамически-инертных полиморфных адинамических депрессий, со структурой, представленной деперсонализационным симптомокомплексом или симптомокомплексом, с участием адинамии, деперсонализационных и сенесто-ипохондрических расстройств.

**4.2.2. Клинические особенности шизофрении с малой прогрессивностью.** В подгруппе с малой прогрессивностью в 11 наблюдениях из 21 (52.4%) манифестные депрессивные состояния имели простую структуру, ограничивались аффективным уровнем расстройств. В 10 наблюдениях из 21 (47.6%) манифестная депрессия отличалась структурным полиморфизмом, уровень представленных расстройств не ограничивался аффективным, отмечались явления более тяжелых

психопатологических регистров. В пяти наблюдениях манифестные депрессии являлись дебютом сдвоенной фазы, последовали за гипоманиями. Четыре из них относились к полиморфным адинамическим, одна - являлась простой тоскливо-адинамической.

Средняя продолжительность **простых** манифестных депрессий (11 наблюдений) составляла 4 месяца, их структура имела большое сходство с депрессиями аффективной группы. Соматические признаки депрессии присутствовали в восьми наблюдениях, в половине из которых они характеризовались атипией, что по всей видимости, было связано с возрастными особенностями, развитием депрессий в юношеском возрасте, что согласуется с данными М.Я. Цуцурьковской и соавт., которые занимались проблемой эндогенных юношеских депрессий [90]. Суточный ритм колебаний настроения отмечался во всех одиннадцати наблюдениях; в пяти наблюдениях он отличался инвертированным характером. Адинамические расстройства присутствовали в десяти из простых манифестных депрессий. Были представлены в равной степени все компоненты адинамии, что так же носило сходство с депрессиями группы аффективных заболеваний. Регистрировались **апато-адинамические** (6 наблюдений), **тоскливо-адинамические** (2 наблюдения), **тревожно-адинамические** (2 наблюдения) и **меланхолическая** (1 наблюдение) депрессии. В двух депрессивных состояниях наблюдалась стертая невротоподобная симптоматика, в виде кратковременных эпизодов дереализации и достаточно выраженных конверсионных расстройств.

Тяжесть депрессивных состояний в большинстве наблюдений была неглубокой, лишь в двух из них, имевших тревожно-адинамическую структуру, потребовались обращения за врачебной помощью. За всеми манифестными аффективными состояниями с простой структурой последовали ремиссии, обладавшие высоким качеством, и отличавшиеся продолжительностью от 1 года до 9 лет, что так же, на первых этапах

развития заболевания, создавало значительное сходство данных наблюдений с наблюдениями аффективной группы.

Развитие манифестных **полиморфных** депрессий отмечалось в 10 наблюдениях. Средняя длительность депрессивных состояний составляла два года. В трех наблюдениях манифестные полиморфные депрессии являлись исследуемыми. По аффективной составляющей полиморфные депрессии можно было разделить на тревожно-динамические (4 наблюдения), тоскливо-динамические (4 наблюдения) и чисто тревожные (2 наблюдения). Соматические признаки депрессии в виде нарушений сна и аппетита присутствовали в трех манифестных состояниях, изолированные нарушения сна — в пяти, в двух из них отмечалась атипия в виде гиперсомнии, оба состояния развились в юношеском возрасте. Суточный ритм колебаний настроения регистрировался в 7 манифестных депрессиях, в 3 из которых характеризовался инверсией.

Манифестные полиморфные **тревожно-динамические** депрессии (4 наблюдения) определялись, помимо аффективной составляющей, наличием достаточно выраженных невротоподобных расстройств, представленных навязчивостями и фобической симптоматикой. По мере развития депрессий отмечалось постепенное формирование избегающего поведения и обсессивных ритуалов. Имели место и панические состояния, с преобладанием явлений дереализации. Достаточно часто наблюдались разнообразные конверсионные расстройства, в том числе и конверсионная адинамия. В одном депрессивном состоянии регистрировалось появление нерезко выраженной параноидной симптоматики, представленной идеями отношения, достигавшими бредового уровня. По содержанию идеи отношения были связаны с реально имевшейся конфликтной ситуацией на работе. Астенические расстройства, в виде явлений раздражительной слабости и повышенной утомляемости присутствовали в двух депрессиях. Эпизоды наибольшей интенсивности адинамии, представленной в большей

степени ее моторным компонентом, чередовались с тревожными и паническими эпизодами, когда адинамические расстройства практически отсутствовали. Явления адинами во всех депрессиях сопровождались формированием сверхценных идей малоценности, на высоте которых в двух наблюдениях отмечалось появление суицидальных мыслей, носивших характер obsesий.

Манифестные **тоскливо-адинамические** депрессии (4 наблюдения) отличались выраженным полиморфизмом. Наиболее ярко был представлен тоскливый аффект, сопровождавшийся витальностью и явлениями сенесто-ипохондрического синдрома, в виде сенесталгий и сенестопатий, а также сверхценных ипохондрических идей, содержанием которых являлась трактовка адинамических расстройств как симптомов невыявленного тяжелого соматического заболевания. В трех депрессивных состояниях имела место неврозоподобная симптоматика, в виде тревожно-фобических, дереализационных и конверсионных расстройств, появление которых носило эпизодический характер. В одной из депрессий отмечались явления дисморфофобии, носившие сверхценный характер. Адинамические расстройства на протяжении депрессивного состояния имели тенденцию к нарастанию; преобладал идеаторный компонент адинами. Идеи малоценности в манифестных полиморфных тоскливо-адинамических депрессиях обладали значительной выраженностью. По содержанию они были связаны с чувством «беспомощности», которое пациенты испытывали в связи с наличием явлений адинами в развившихся депрессиях. В одном наблюдении идеи малоценности также были связаны с дисморфофобическими расстройствами. Тяжесть депрессивных состояний была умеренной (1 наблюдение) и средней (3 наблюдения). Двое пациентов получали амбулаторное лечение, и одна пациентка была госпитализирована.

Общими особенностями манифестных полиморфных адинамических депрессий подгруппы с малой прогрессивностью заболевания являлось

преобладание моторного компонента адинамии над остальными ее компонентами (5 из 8 наблюдений). Также отмечалась широкая представленность расстройств невротического регистра и сверхценных образований, в виде идей малоценности и/или ипохондрических идей, и напротив, редкая представленность субпсихотической симптоматики, наличие которой регистрировалось лишь в одном депрессивном состоянии. Так же, все манифестные депрессии подгруппы характеризовались участием в них психопатоподобных расстройств истерического круга, интенсивность которых в отдельных наблюдениях различалась. Завершение манифестных полиморфных депрессий в трех наблюдениях характеризовалось сменой полюса аффекта, развитием гипоманиакальных состояний. В этих наблюдениях течение заболевания получило континуальный характер. Остальные депрессии завершились ремиссиями, в которых сохранялись стертые аффективные расстройства и неврозоподобная симптоматика. Длительность ремиссий составляла от полугода до 4 лет.

В подгруппе с **малой прогрессивностью** шизофрении возраст манифестации заболевания варьировался в широких пределах — от 12 до 36 лет. При биполярной форме преобладали наблюдения с манифестацией заболевания в подростковом возрасте, в среднем — 19.8 лет, при монополярной форме преобладал средний возраст начала заболевания, в среднем - 29.7 лет. В большинстве наблюдений регистрировалось аутохтонное развитие манифестных аффективных приступов (12 наблюдений из 21, 57.1%), в остальных наблюдениях механизм их образования носил смешанный, эндореактивный, характер. Длительность манифестных состояний варьировала от 1 месяца до 5 лет (в среднем 1 год). (21 наблюдение из 40, 52.5%).

Всего было проанализировано 98 аффективных приступов, среди которых развернутых аффективно-бредовых состояний не регистрировалось, однако, в отдельных приступах можно было наблюдать расстройства

субпсихотического уровня. Заболевание имело монополярное течение в 7 наблюдениях из 21 (33.3%), и биполярное течение в 14 наблюдениях (66.7%), и приобрело континуальный характер в 8 из 14 наблюдений с биполярным течением. Средняя продолжительность заболевания при монополярной форме течения составила 8.7 лет, при биполярной форме — 16 лет.

На этапе манифестации заболевания среди наблюдений подгруппы с малой прогрессивностью шизофрении отмечалось преобладание депрессий с простой структурой (11 наблюдений из 21) над полиморфными депрессиями, что характеризовало подгруппу с малопрогрессивным течением как неоднородную. В некоторой степени это свойство сохранялось по ходу дальнейшего развития заболевания, хотя большинство депрессий приобретало значительное сходство. Структура простых манифестных депрессий подверглась изменениям, приобретая черты полиморфизма, во втором (9 наблюдений) и в третьем (2 наблюдения) по счету депрессивных состояниях от начала заболевания. В четырех наблюдениях, как из числа наблюдений с простыми, так и с полиморфными манифестными депрессиями, во вторых по счету депрессивных состояниях, отмечалось изменение их аффективной составляющей, с тоскливо-динамической на тревожно-динамическую.

За исключением трех наблюдений, все исследуемые состояния в подгруппе с **малой прогрессивностью** заболевания являлись повторными. Так же как и в подгруппе с высокой прогрессивностью, им предшествовало от 2 до 20 и более аффективных приступов. Среди всех наблюдений подгруппы с малой прогрессивностью шизофрении на протяжении заболевания преобладало образование тревожно-динамических депрессий (12 наблюдений), имели место также апато-динамические (6 наблюдений) и тоскливо-динамические (3 наблюдения) депрессии. Анализ их структуры и развития позволил выявить такую особенность, как отсутствие постоянства представленности психопатологических явлений на протяжении отдельных

аффективных приступов. Динамику депрессивных состояний можно было сравнить с калейдоскопом, в котором одни психопатологические образования сменяли другие, а их глубина имела флюктуирующий характер. Интенсивность самих адинамических расстройств и представленность отдельных компонентов адинамии так же отличались непостоянством. Однако, в течение всего заболевания отмечалась тенденция к нарастанию интенсивности отдельных психопатологических образований, с усугублением негативной симптоматики. Исключение составили 5 наблюдений, в которых картины полиморфных апато-адинамических депрессий практически не изменялись от состояния к состоянию, и характеризовались наличием обсессивно-фобической симптоматики, явлениями деперсонализационного круга и параноидной симптоматики. Обращала на себя внимание выраженность психопатоподобных расстройств, которые с одной стороны, проявлялись истерическими чертами, в виде инфантильности и повышенной потребностью во внимании, с другой — возбудимыми чертами, проявляющимися дисфорическими эпизодами и антисоциальным поведением. Несмотря на наличие подобных эпизодов в картине состояния, нельзя исключить в этих наблюдениях возможность образования хронических апато-адинамических депрессий по ходу дальнейшего развития заболевания.

**Характерной особенностью всех наблюдений подгруппы являлось наличие психопатоподобных расстройств истеро-возбудимого круга.** На доманифестном этапе, преморбидная личностная структура пациентов подгруппы была представлена шизоидным складом с психастеническими чертами характера (5 наблюдений) или уже обладала истерическими и возбудимыми чертами (16 наблюдений). Во всех наблюдениях психопатоподобные расстройства, в течение заболевания, имели тенденцию к возрастанию. Истерические расстройства проявлялись инфантильностью, требовательностью, склонностью к драматизации и провоцированию

конфликтов, эпизодами плаксивости и капризности, повышенной потребностью во внимании со стороны близких. Имели место и расстройства возбудимого круга, представленные пароксизмальными дисфорическими явлениями, оппозиционным отношением к окружающим, склонностью к алкоголизации и/или пребыванию в антисоциальных компаниях. В одном наблюдении отмечалось нарушение половой идентичности: пациентка носила мужскую одежду, периодически говорила о себе в мужском роде.

Структура большинства полиморфных адинамических депрессий подгруппы малопрогрессирующей шизофрении (16 наблюдений) определялась симптомокомплексом из психопатоподобных расстройств и адинамии, которая была представлена моторным и волевым компонентами, тогда как ее идеаторный компонент практически отсутствовал. В некоторых наблюдениях отмечалось формирование истерических субступорозных состояний (4 наблюдения) и явления конверсионной адинамии (12 наблюдений). По мере развития заболевания отмечалось снижение интенсивности моторного компонента, появление которого регистрировалось в виде непродолжительных эпизодов (в течение часов, а чаще — минут). Несмотря на практически полное отсутствие идеаторного компонента, и значительное снижение интенсивности моторного компонента, частыми являлись жалобы пациентов как на физическое бессилие, так и на психическую истощаемость. Преобладающим становился волевой компонент, характеризовавшийся затруднением реализации тех или иных видов деятельности, при сохраняющихся побуждениях к ней. Свое состояние пациенты часто описывали как «спад энергии» или «недостаток энергетических ресурсов», отсутствие способности к принятию решений.

Идеи малоценности, степень выраженности которых значительно отличалась как в отдельных наблюдениях, так и в отдельных депрессивных состояниях, присутствовали во всех из них. Наиболее часто они носили сверхценный характер, и по своему содержанию всегда были связаны с

явлениями адинамии.

Также характерным для всех полиморфных адинамических депрессий подгруппы малопрогрессиентного течения являлось частое присутствие в их структуре астенических расстройств (11 наблюдений) и разнообразных вегетативных проявлений, в том числе явлений термоневроза (2 наблюдения). Обращала на себя внимание и отягощенность различными заболеваниями: кожными (1 наблюдение), опорно-двигательного аппарата (3 наблюдения), желудочно-кишечного тракта (4 наблюдения) и атопическими (3 наблюдения). В одном наблюдении, на определенном этапе заболевания, регистрировалась лихорадка неясного генеза.

Неврозоподобные расстройства, в разной степени, были представлены во всех полиморфных адинамических депрессиях подгруппы. Однако, наиболее часто они регистрировались в структуре депрессий с тревожно-адинамическим аффектом. В течение заболевания отмечалась тенденция к утяжелению неврозоподобных расстройств. Так, навязчивости приобретали контрастный характер, обсессивные ритуалы значительно усложнялись, расширялась фобическая симптоматика. Также отмечалось появление или учащение уже имевшихся панических состояний. Подобное видоизменение перечисленных расстройств описано в работе Е.В.Коллюцкой [40]. Помимо дереализации, расстройства деперсонализационного круга, часто получали развитие в виде явлений психической анестезии (15 наблюдений).

В картинах тоскливо-адинамических депрессий достаточно часто регистрировались сенесто-ипохондрические расстройства, преобладал идеаторный компонент адинамии. В отличие от неврозоподобных расстройств, по мере развития заболевания, они, напротив, характеризовались малой изменчивостью, носили сверхценный характер, никогда не достигая уровня бреда. Значительной устойчивостью отличались и явления дисморфофобии, которые так же наблюдались в рамках тоскливо-адинамических депрессий. Достигая сверхценного уровня уже в

манифестных состояниях, выраженной динамики на протяжении заболевания, они не проделывали.

Психотические расстройства, отличавшиеся неустойчивостью, как уже упоминалось ранее, регистрировались в рамках апато-динамических депрессий, на разных этапах заболевания (5 наблюдений). В одном из аффективных приступов отмечалась неразвернутая параноидная симптоматика, в виде подозрений об осуществляемой слежке. В нескольких депрессиях отмечалось формирование нестойких бредовых идей — отношения (9 состояний), малоценности (5 состояний) и ущерба (1 состояние). В одном наблюдении развилось неразвернутое аффективно-бредовое состояние, представленное явлениями синдрома инсценировки, нарушениями мышления, в виде наплывов мыслей и шперрунгов.

При сравнении с подгруппой, где была отмечена выраженная прогредиентность заболевания, можно говорить о среднем качестве ремиссий, так как, несмотря на сохраняющиеся аффективные колебания, стертую неврозоподобную симптоматику и наличие личностных изменений, проявлявшихся в постепенно нарастающей психопатизации, данные изменения оказывали умеренное влияние на качество жизни пациентов. Гипомании, в наблюдениях с биполярным течением заболевания, носили продуктивный характер, однако, наличие резидуальных расстройств так же как и в группе с высокой прогредиентностью заболевания, позволяло квалифицировать их как смешанные аффективные состояния.

\* \* \*

Анализ **патогенетических** особенностей шизофрении, протекающей с образованием полиморфных динамических депрессий, показал более высокую представленность факторов наследственной отягощенности и дизонтогенетических явлений. Имелись также определенные особенности

преморбидного личностного склада и доманифестного этапа заболевания. Фактор наследственной отягощенности регистрировался в большинстве наблюдений, из которых в 31 наблюдении (77.5%) у родственников пациентов имели место эндогенные заболевания, и в 19 наблюдениях (47.5%) - алкоголизм. Часто отмечалось сочетание этих заболеваний в одной семье (13 наблюдений, 32.5%). К примеру, по отцовской линии регистрировался алкоголизм, а по материнской — эндогенное заболевание аффективного круга.

Дизонтогенетические явления и предрасполагающие к ним факторы в данной группе отличались многообразием, и были представлены угрозой прерывания беременности (7.5%), недоношенностью (5%), гипоксией (10%) и асфиксией в родах (7.5%). В некоторых наблюдениях (5%) родовспоможение оказывалось при помощи наложения акушерских щипцов или вакуумной экстракции плода. В трех наблюдениях (7.5%) в первые недели жизни пациенты перенесли сепсис или тяжело протекавшие кишечные инфекции. В 8 наблюдениях (20%) в младенческом возрасте отмечались нарушения сна, частый плач. Практически во всех перечисленных наблюдениях осуществлялось наблюдение неврологом в первые годы жизни. Частые простудные заболевания в младенческом и детском возрасте отмечались в семи наблюдениях (17.5%). До подросткового возраста в шести наблюдениях (15%) регистрировались сноговорение и снохождение, в двух наблюдениях (5%) - энурез. На фоне фебрильной температуры, связанной с развитием инфекционных заболеваний, в двух наблюдениях (5%) регистрировались явления судорожного синдрома, в трех наблюдениях (7.5%) - зрительные обманы восприятия. В 2 наблюдениях (5%) отмечались состояния, которые по-видимому следует квалифицировать как явления малой кататонии, проявлявшиеся непродолжительными эпизодами скованности мышц, «выкручивания» конечностей. Подобные эпизоды проявлялись чаще в ночное время. При обследованиях снижения порога

судорожной готовности в данных наблюдениях не регистрировалось. Опережение психического развития отмечалось в четырех наблюдениях (10%), отставание — в двух наблюдениях (5%). Трудности адаптации регистрировались в пяти наблюдениях (12.5%). К неблагоприятным факторам также относились черепно мозговые травмы, сопровождавшиеся потерей сознания, и полученные в разном возрасте (3 наблюдения, 7.5%).

Отмечалось также многообразие детских страхов, которые в ряду наблюдений сохранялись и в более позднем возрасте (30%). Страх темноты регистрировался в 20 наблюдениях (50%), и практически во всех из них, сопровождался ощущением постороннего присутствия. Страх смерти отмечался в семи наблюдениях (17.5%), и был представлен собственно как страх смерти, а также более причудливыми его формами, такими как страх мертвецов, захоронение заживо или впадение в летаргический сон. Подобные страхи сопровождалась навязчивыми образными представлениями. Также отмечались страхи высоты (5%), воды (2.5%), змей (5%), заражения (5%) и различных заболеваний (12.5%). Некоторые страхи отличались причудливостью, среди них отмечались страх нападения разбойниками или похищения инопланетянами (по 1 наблюдению).

На доманифестном этапе в этой группе имели место явления реактивной эмоциональной лабильности и аутохтонные аффективные колебания обоих полюсов. Субдепрессивные состояния регистрировались в 26 наблюдениях из 40 (65%). В десяти из этих наблюдений возникновение подобных состояний отмечалось с детских лет, в остальных — с подросткового возраста. Они были представлены адинамическими, меланхолическими, дисфорическими или тревожными расстройствами, и сопровождалась явлениями астении. В 13 наблюдениях эпизоды сниженного настроения наблюдались в рамках предменструального синдрома. В двух наблюдениях регистрировались аутоагрессивные тенденции, в четырех наблюдениях - антисоциальное поведение. В некоторых наблюдениях, в

подростковом возрасте отмечались и гипоманиакальные эпизоды, они отличались небольшой продолжительностью — до нескольких дней, а чаще часов (9 наблюдений). Явления дисморфофобии регистрировались в 17 наблюдениях, в восьми из которых они сохранялись к моменту проводимого исследования.

Анализ преморбидных особенностей в группе заболеваний, с образованием полиморфных адинамических депрессий, показал наибольшую представленность личностей шизоидного склада (34 из 40 наблюдений), среди которых регистрировались мозаичные шизоиды (15 наблюдений), истерошизоиды (7 наблюдений), шизоиды с психастеническими чертами (5 наблюдений) и экспансивные шизоиды (7 наблюдений). Помимо лиц с шизоидными личностными особенностями, регистрировались лица с истерическими и паранойяльными чертами (6 из 40 наблюдений). Как мозаичные шизоиды были расценены лица, характерологические особенности которых носили смешанный характер, поэтому отнести их к определенному шизоидному типу было затруднительно. У данных лиц присутствовали отдельные черты свойственные сенситивным, стеничным или пассивным шизоидам, отмечались и истерические, возбудимые или тревожно-мнительные черты. Истерошизоиды также сочетали в себе черты разных личностных типов. В большей степени их характеризовали демонстративность, эгоцентричность, которые сочетались с недостаточной синтонностью и аутичностью. Шизоиды с психастеническими чертами, помимо собственно шизоидных черт, отличались повышенной тревожностью, мнительностью. Экспансивные шизоиды характеризовались наличием эксплозивных реакций, представляющих собой неадекватный эмоциональный ответ на происходящее.

Указанные личностные особенности в большинстве наблюдений группы достигали уровня психопатии (28 наблюдений), в остальных наблюдениях характерологические черты ограничивались уровнем

акцентуации (12 наблюдений), что отличало данную группу от группы аффективных заболеваний. Еще одним отличием являлось изменение структуры личности в некоторых наблюдениях, что регистрировалось на доманифестном этапе (4 наблюдения). До подросткового возраста этих пациентов можно было отнести к пассивным или сензитивным шизоидам, однако, в результате развития пубертатного криза, отмечалось появление истерических черт, интенсивность которых увеличилась при манифестации и продолжала нарастать в ходе дальнейшего прогрессирования заболевания.

В подгруппах с выраженной и с малой прогредиентностью шизофрении, так же как и в группе заболеваний, ограниченных аффективным уровнем, был проведен анализ сочетания преморбидных личностных особенностей с манифестным аффективным приступом. Результаты проведенного анализа согласуются с данными некоторых других исследователей [6,56], приведены в таблице 4.3.

Формирование манифестных адинамических депрессий у лиц с определенными преморбидными чертами, а также ретроспективный анализ отдельных наблюдений позволил выявить взаимосвязь между доманифестным периодом и закономерностями течения заболевания, заключающиеся в тенденции к постепенному нарастанию интенсивности истерических и невротоподобных расстройств, и видоизменению адинамических, с постепенным угасанием идеаторного или моторного компонентов адинамии, и преобладанием волевого.

При **выраженной прогредиентности** шизофрении манифестные **полиморфные адинамические** депрессии развивались у мозаичных (12 наблюдений) и экспансивных (1 наблюдение) шизоидов. Преморбидно лица, у которых заболевание манифестировало в виде психотических приступов, за которыми следовали полиморфные адинамические депрессии были представлены мозаичными (3 наблюдения) и экспансивными (1 наблюдение) шизоидными чертами, а также истерическими и паранойяльными чертами (2

наблюдения). Превалирование лиц с шизоидным мозаичным складом, наряду с преобладанием среди манифестных состояний полиморфных аффективных или психотических приступов, указывало на высокую вероятность неблагоприятного исхода заболеваний, что подтверждалось и результатами анализа их течения, с образованием на определенном этапе хронических депрессий.

При **малой прогрессивности** шизофрении манифестные **простые динамические** депрессии развивались у шизоидов с психастеническими чертами (2 наблюдения), истерошизоидов (3 наблюдения), экспансивных шизоидов (4 наблюдения) и у личности с наличием истерических и паранойяльных черт (2 наблюдения). Среди лиц, у которых развивались манифестные **полиморфные динамические депрессии** были представлены истерошизоиды (4 наблюдения), психастенические шизоиды (3 наблюдения), экспансивный шизоид (1 наблюдение) и личности с наличием истеро-паранойяльных черт (2 наблюдения). Было отмечено преобладание лиц с истерическими и тревожно-мнительными чертами, которые в большинстве случаев сочетались с шизоидными. В этих наблюдениях наиболее часто манифестные депрессии, как из числа простых, так и из числа полиморфных, являлись тревожно-динамическими (6 наблюдений) и тоскливо-динамическими (6 наблюдений).

При сравнении преморбидных особенностей пациентов подгрупп шизофрении с малой и выраженной прогрессивностью были выявлены достоверные различия ( $\chi^2=28.034$ ,  $p<0.01$ ). Результаты приведены в таблице 4.3.

4.3. Сравнительная характеристика типов манифестных аффективных приступов в соответствии с преморбидными личностными особенностями в группе шизофреники

Преморбидные особенности	Тип аффективного приступа																		ИТОГО										
	Простые депрессии												Полиморфные депрессии																
	Апатодинамические				Тосливо-динамические				Тревожно-динамические				Апатодинамические				Тревожные		Апатодинамические		Тревожно-динамические		Апатодинамические		Тревожные		Всего полиморфных депрессий	n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
<b>Всего депрессий</b>	6	15	2	5	2	5	2	5	2	5	2	5	4	10	7	17.5	7	17.5	3	7.5	3	7.5	4	10	28	70	40	100	
<b>Подгруппа с выраженной прогрессивностью</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.5	4	10	3	7.5	3	7.5	3	7.5	1	2.5	4	10	18	45	19	47.5			
<b>Всего депрессий</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Мозаичные шизоиды</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	7.5	3	7.5	3	7.5	3	7.5	-	-	3	7.5	15	37.5	15	37.5			
<b>Экспансивные шизоиды</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.5	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.5	2	5	2	5			
<b>Истеро-параноидальные</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.5	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.5	-	-	1	2.5	2	5			
<b>Подгруппа с малой прогрессивностью</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Всего депрессий</b>	6	15	2	5	2	5	2	5	1	2.5	11	27.5	4	10	4	10	2	5	2	5	-	-	10	25	21	52.5			
<b>Психастенические шизоиды</b>	-	-	-	-	2	5	-	-	-	-	2	5	-	-	2	5	-	-	1	2.5	-	-	3	7.5	5	12.5			
<b>Экспансивные шизоиды</b>	4	10	-	-	-	-	-	-	-	-	4	10	1	2.5	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.5	5	12.5			
<b>Истеро-шизоиды</b>	2	5	1	2.5	-	-	-	-	-	-	3	7.5	1	2.5	2	5	-	-	1	2.5	-	-	4	10	7	17.5			
<b>Истеро-параноидальные</b>	-	-	1	2.5	-	-	-	-	1	2.5	2	5	2	5	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5	4	10			

**Таблица 4.4 - Сопоставление возрастных и социально-трудовых параметров в клинических группах**

	Группа аффективных заболеваний		Группа шизофрении				Итого	
			подгруппа с малой прогрессивностью		подгруппа с выраженной прогрессивностью			
	п	%	п	%	п	%	п	%
<b>Всего</b>	<b>25</b>	<b>38.46</b>	<b>21</b>	<b>32.31</b>	<b>19</b>	<b>29.23</b>	<b>65</b>	<b>100</b>
<b>Возраст пациентов к моменту начала заболевания</b>								
11-21	7	10.76	9	13.86	6	9.23	22	33.85
22-29	6	9.24	7	10.76	5	7.69	18	27.69
30-37	9	13.84	5	7.69	5	7.69	19	29.22
38-43	3	4.62	-	-	3	4.62	6	9.24
<b>Возраст больных к началу исследуемого состояния</b>								
20-29	4	6.16	10	15.38	2	3.08	16	24.62
30-39	11	16.9	6	9.24	8	12.31	25	38.45
40-49	4	6.16	5	7.69	8	12.31	17	26.16
50-59	4	6.16	-	-	1	1.53	5	7.69
60-65	2	3.08	-	-	-	-	2	3.08
<b>Уровень образования</b>								
Среднее специальное	3	4.62	4	6.16	4	6.16	11	16.9
Среднее общее	6	9.24	4	6.16	-	-	11	16.9
Неполное высшее	-	-	1	1.53	5	7.69	6	9.24
Высшее	16	24.6	12	18.46	10	15.38	37	56.96
<b>Социально-трудовой статус</b>								
Не работает, не учится	2	3.08	7	10.76	15	23.08	24	36.92
Неквалифицированный труд	3	4.62	2	3.08	3	4.62	8	12.32
Коммерческая деятельность	4	6.16	1	1.53	-	-	5	7.69
Студент ВУЗа	5	7.69	4	6.16	-	-	9	13.85
Специалист со средним образованием	1	1.53	2	3.08	-	-	3	4.61
Специалист с высшим образованием	10	15.38	5	7.69	1	1.53	16	24.61

При сравнении социально-трудового статуса пациентов подгрупп шизофрении с малой и выраженной прогрессивностью ( $\chi^2=12.708$ ,  $p<0.05$ ) и группы аффективных заболеваний с группой шизофрении ( $\chi^2=17.903$ ,  $p<0.01$ ) были выявлены достоверные различия.

## ГЛАВА 5.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОГЕННЫХ АДИНАМИЧЕСКИХ  
ДЕПРЕССИЙ

Несмотря на постоянное развитие в последние десятилетия фармакологических и нефармакологических методов лечения (транскраниальная магнитная стимуляция, биологические методы), проблема терапии эндогенных адинамических депрессий не потеряла своей актуальности. Подобная ситуация объясняется как особенностями течения адинамических депрессий, так и отсутствием достаточно разработанных терапевтических подходов к их лечению. Адинамия как самостоятельный психопатологический феномен отличается значительной резистентностью, возрастающей в случае образования симптомокомплекса с иными расстройствами. При выборе терапевтической тактики, вне всяких сомнений, необходимо учитывать данную особенность адинамии.

Мнения исследователей, занимавшихся проблемой лечения эндогенных депрессий, различны. Так, некоторые из них, как среди российских, так и среди зарубежных авторов придерживаются точки зрения о необходимости рассмотрения типологической разновидности депрессии для выбора наиболее эффективной терапевтической тактики [1,3, 11, 36, 41, 53, 167, 172, 174, 179]. Другие исследователи меньшее значение придают психопатологической структуре депрессивного состояния, и оценивают скорее общее антидепрессивное действие проводимой терапии. [26, 33, 55, 59, 140, 145].

В связи с наличием достаточно тесной взаимосвязи между адинамическими и апатическими расстройствами, в настоящем исследовании мы не могли оставить без внимания данные полученные в ходе диссертационной работы Сорокина С.А., посвященной проблеме

апатических депрессий [83]. Согласно результатам его работы, среди всех апатических депрессий, большей терапевтической резистентностью, характеризуются апато-адинамические, что связано с особенностями их течения, тенденцией к хронификации.

В ходе проводимого исследования, положение о том, что участие адинамических расстройств в структуре депрессии сопряжено с лекарственной резистентностью, нашло несомненное подтверждение. Терапия эндогенных адинамических депрессий в настоящее время является проблемой, требующей детального изучения, более широкой выборки и соответствующей статистической обработки данных. Выделенные психопатологические варианты могут являться основанием для проведения отдельного исследования, направленного на разработку наиболее эффективной терапевтической тактики адинамических депрессий. Несмотря на то, что описанные в данной главе особенности лечения адинамических депрессий основаны на клиническом опыте эталонного лечебного заведения, их нельзя рассматривать как доказательные принципы, но скорее как рекомендации.

**5.1.** Основными препаратами в лечении **простых адинамических депрессий** являлись антидепрессанты различных групп. Использовались также нейролептики и препараты группы нормотимиков.

**Выбор антидепрессанта** осуществлялся в соответствии с особенностями структуры депрессии, и определялся не только явлениями адинамии, но и сопутствующим видом аффекта, что способствовало установлению тяжести депрессивного состояния и определению прогнозируемого ответа на проводимое лечение. Наиболее часто предпочтение отдавалось антидепрессантам, обладающим сбалансированным действием, что было обусловлено неоднородностью тимического компонента депрессии, присутствием в ее структуре, наряду с адинамическим радикалом, тревожного или тоскливого аффекта.

Наиболее часто назначались венлафаксин и пароксетин. Данные препараты использовались в течение стационарного лечения и были расценены как наиболее адекватные в качестве поддерживающей терапии. В ряду наблюдений требовалось сочетание двух антидепрессантов или смена одного препарата другим.

С целью воздействия на тревожный аффект и коррекции нарушений сна использовались антидепрессанты с более выраженным седативным действием (миансерин, агомелатин и мirtазапин), которые назначались в вечернее время. При развитии апато-адинамических депрессий предпочтение отдавалось антидепрессантам, обладающим стимулирующим действием, таким как имипрамин, эсциталопрам и флуоксетин.

В зависимости от уровня тяжести депрессии проводилось от одного до трех курсов лекарственной терапии. В наиболее тяжелых депрессивных состояниях необходимым являлось парентеральное введение антидепрессантов трициклического или четырехциклического ряда (амитриптилин, кломипрамин, мапротилин), которые, для достижения большей эффективности, комбинировались с препаратами групп СИОЗС и СИОЗСН.

В большинстве наблюдений назначались препараты группы нормотимиков, необходимость их использования была обусловлена не только наличием биполярного течения заболевания, препараты данной группы достаточно широко использовались и при монополярном течении. Наиболее часто нами использовался ламотриджин, обладающий также умеренным антидепрессивным эффектом, и способствующий преодолению лекарственной резистентности [42,96]. Помимо ламотриджина достаточно часто использовались карбамазепин, окскарбазепин или вальпроаты.

Назначение нейролептиков преследовало две различные

терапевтические задачи. В большинстве наблюдений они использовались с целью получения дополнительного стимулирующего эффекта. В подобных случаях назначались малые дозы трифлуоперазина, флупентиксола или аripипразола. В некоторых наблюдениях, в связи с наличием в структуре депрессии выраженного тревожного компонента, использовались малые и средние дозы кветиапина и оланзапина.

Исследуемые депрессивные состояния развивались преимущественно в среднем возрасте (от 25 до 45 лет), в двух наблюдениях возраст пациентов, к началу исследуемой депрессии, составлял 63 года. В данных депрессиях отмечалась тенденция к затяжному течению (с продолжительностью до 8 и 10 месяцев), имели место признаки лекарственной резистентности.

В лечении наиболее терапевтически резистентных депрессий (5 наблюдений) наряду с использованием парентерального способа введения достаточно высоких доз антидепрессантов, и реализации одномоментной их отмены, было оправдано также проведение ЭСТ (до 10 сеансов). Отдельного упоминания заслуживает транскраниальная магнитная стимуляция. Данный вид терапии появился в ФГБНУ НЦПЗ сравнительно недавно, однако, некоторые пациенты, включенные в настоящее исследование, получали его в сочетании с психофармакотерапией. О статистически значимых положительных результатах в ходе такого комбинированного лечения в настоящее время говорить преждевременно, однако, во всех наблюдениях, с использованием ТМС отмечалась явная положительная терапевтическая динамика.

В целом, при катамнестическом наблюдении пациентов, у которых развивались адинамические депрессии с типичной структурой, было выявлено наличие качественных ремиссий, отличавшихся отсутствием каких-либо резидуальных расстройств, что можно объяснить

ограничением психопатологической картины депрессий расстройствами аффективного уровня, а также наличием практически полной критики к имеющемуся эндогенному заболеванию и достаточно высокой комплаентностью. В качестве поддерживающей терапии использовался один антидепрессант, наиболее часто препарат из групп СИОЗС или СИОЗСН, малые дозы одного нейролептика и препарат из группы нормотимиков. В нескольких наблюдениях потребовалось продолжение приема двух антидепрессантов. В ходе катamnестического наблюдения производилась лишь небольшая коррекция поддерживающей терапии, новых курсов лечения не назначалось.

**5.2. Специфичность структуры адинамических депрессий коньюгированного варианта** заключалась, с одной стороны, в образовании устойчивого симптомокомплекса, представленного сочетанием адинами с другими психопатологическими образованиями (явлениями деперсонализации и сенесто-ипохондрическими расстройствами), с другой стороны — с особенностями течения данного варианта депрессии, которое отличалось статичностью. Описанная специфичность структуры депрессии способствовала наиболее высокой резистентности. Выраженная инертность течения депрессий требовала назначения антидепрессантов и нейролептиков со стимулирующим действием. Подобная тактика лечения имела определенное сходство с лечением апато-адинамических депрессий типичной психопатологической структуры. Вместе с тем, в терапии некоторых депрессий, необходимым являлось использование нейролептиков с выраженным антипсихотическим эффектом, что было продиктовано их структурными особенностями. Для преодоления лекарственной резистентности, целесообразным было назначение нормотимиков и ноотропов, которые в лечении депрессий данной подгруппы использовались достаточно широко.

Достаточно серьезной проблемой, с которой мы столкнулись в ходе лечения данного варианта депрессий, являлось наличие выраженных нарушений сна, что диктовало необходимость использования снотворных средств, транквилизаторов, средних доз нейролептиков и/или антидепрессантов, обладающих седативным эффектом в вечернее время дня.

Учитывая перечисленные особенности конъюгированного варианта адинамических депрессий схема лечения подразумевала сочетание двух нейролептиков и/или двух антидепрессантов, нормотимика и препарата, обладающего ноотропным действием.

Выбор антидепрессивной терапии требовал достаточно разнообразного и индивидуального подхода к лечению каждого пациента данной подгруппы. Наиболее часто использовались препараты группы СИОЗС. Для преодоления лекарственной резистентности использовались различные комбинации: СИОЗС+СИОЗСН, СИОЗН+СИОЗСН, ТРЦ+СИОЗСН, ТРЦ+СИОЗС. В четырех наблюдениях применялась комбинация венлафаксина и миртазапина, рекомендуемая рядом зарубежных авторов для лечения резистентных депрессий [129]. Также, в двух наблюдениях, назначались ингибиторы МАО (моклобемид), в одном наблюдении - бупропион. Некоторыми зарубежными исследователями предлагается комбинация бупропиона и пароксетина, сочетание этих антидепрессантов они находят наиболее эффективным [155]. Для лечения наиболее резистентных состояний применялись ЭСТ, плазмаферез и прием одномоментной лекарственной отмены.

Во время прохождения стационарного лечения пациенты получали до 10 курсов лекарственной терапии. Так как полноценных ремиссий в данной подгруппе не регистрировалось, после выписки из стационара, в рамках катамнестического наблюдения неоднократно проводились изменения назначений, однако выраженной положительной динамики в

состоянии пациентов не отмечалось, сохранялись адинамические и деперсонализационные расстройства, представленные, в основном, явлениями моральной ипохондрии. Пациенты часто испытывали недовольство своим состоянием и качеством жизни, что подтверждают и другие исследования [5].

**5.3.** Определенные трудности представлял подбор терапии **волатильного варианта адинамических депрессий**, что объяснялось отсутствием постоянства их структуры и выраженным ее полиморфизмом. Большой удельный вес в картине депрессии имели психопатоподобные расстройства истерического круга, наряду с которыми присутствовали расстройства невротического регистра и явления сенесто-ипохондрического синдрома. Отмечалось также постоянное изменение аффективной составляющей депрессий: адинамические расстройства, по ходу развития состояния чередовались с явлениями тревоги (12 из 21 наблюдения). Указанные особенности депрессий приводили к тщательному подбору антидепрессантов и нейролептиков, а также к широкому использованию препаратов группы транквилизаторов.

Для воздействия на психопатоподобные и сенесто-ипохондрические расстройства, наиболее часто требовалась более массивная нейролептическая терапия, по сравнению с лечением других вариантов адинамических депрессий. Дозировка нейролептиков соответствовала средним и высоким значениям. Помимо оланзапина, кветиапина и арипипразола, которые успешно использовались при лечении всех типов адинамических депрессий, при лечении депрессий волатильного варианта применялись также перициазин, тиоридазин, аминазин, рисперидон и галоперидол. В отдельных депрессиях были использованы амисульпирид, зипрасидон, палиперидон, клозапин и хлорпротиксен.

Использование такого широкого ряда препаратов было обусловлено низким терапевтическим ответом на проводимое лечение. В некоторых депрессиях, в которых отмечалась выраженная моторная адинамия, необходимой являлась реализация стимулирующего эффекта, который, как и при лечении остальных вариантов динамических депрессий, достигался назначением малых доз трифлуоперазина и флупентиксола. В большинстве наблюдений требовалась комбинация из двух нейролептиков. Отдельного упоминания заслуживает арипипразол, который использовался в средних дозах и не требовал сочетания с другими нейролептиками, обладающими более выраженным седативным эффектом.

Антидепрессивная терапия также имела свои особенности, которые касались полного исключения из использования препаратов с выраженным стимулирующим эффектом. Предпочтение отдавалось антидепрессантам сбалансированного и седативного действия. Препаратами выбора в данной подгруппе являлись амитриптилин, венлафаксин и пароксетин, реже назначались мапротилин, милнаципран, дулоксетин и мirtазапин. Из препаратов группы СИОЗС в нескольких наблюдениях (4 наблюдения) был назначен сертралин, однако, этот препарат использовался исключительно в сочетании с трициклическими или четырехциклическими антидепрессантами.

Лечение волатильного варианта динамических депрессий наиболее часто требовало использования транквилизаторов, таких как бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, диазепам, гидроксизин и аминоксипролмасляная кислота.

Достаточно широко использовались препараты группы нормотимиков, такие как карбамазепин и окскарбазепин, вальпроаты, ламотриджин, целью назначения которых, помимо достижения нормотимического эффекта и преодоления лекарственной

резистентности, в данной подгруппе являлось также дополнительное воздействие на психопатоподобные расстройства, осуществляемое наряду с действием нейролептиков. С целью преодоления лекарственной резистентности, как и при лечении депрессий конъюгированного варианта, назначались препараты группы ноотропов и антиоксидантов, обладающие умеренным стимулирующим эффектом, введение которых, в большинстве случаев, осуществлялось парентерально.

При выборе терапевтической тактики волатильного варианта адинамических депрессий, мы столкнулись с несколькими сложностями, одной из которых являлась определенная резистентность к проводимому лечению, что, как уже упоминалось ранее, являлось характерной особенностью всех адинамических депрессий. Зачастую требовалась неоднократная смена антидепрессантов в ходе лечения, либо назначение их комбинации. Поскольку мы избегали назначения антидепрессантов с выраженным стимулирующим действием при лечении депрессий волатильного варианта, это ограничивало их выбор.

Второй, пожалуй, более значимой сложностью, являлась необходимость подбора такой терапии, которая могла бы сочетать в себе два противоположных эффекта, то есть стимулирующий и седативный, что делало невозможным выбор только одного нейролептика, и требовало их сочетания. Неизбежным являлось использование транквилизаторов, призванных скорректировать чрезмерный стимулирующий эффект антидепрессантов и нейролептиков. Как уже упоминалось ранее, исключением в плане выбора нейролептика являлся арипипразол, который, при назначении средних доз, практически не требовал дополнительной седации, а соответственно и сочетания с другим нейролептиком, однако, исходя из экономических возможностей, его высокой стоимости, использование этого препарата было ограничено.

В ряду наблюдений исследуемое депрессивное состояние развилось в юношеском и молодом возрасте, что затрудняло подбор терапии, в связи с частым развитием холинолитических побочных эффектов при назначении антидепрессантов трициклического ряда, и недостаточного терапевтического ответа на препараты группы СИОЗС.

Определенные трудности в лечении динамических депрессий волатильного варианта были связаны с достижением комплаентности. Одной из причин возникших сложностей являлось наличие психопатоподобных расстройств в структуре депрессий. Низкая комплаентность, по-видимому, была связана и с особенностями течения депрессивных состояний, характеризующихся непостоянством, и соответственно, развитием непродолжительных периодов ослабления симптоматики, при отсутствии критики к имеющемуся психическому заболеванию. На протяжении госпитализации проводилось от одного до четырех курсов лечения, однако выраженной положительной динамики в состоянии более чем половины пациентов достигнуто не было (11 наблюдений из 21). После выписки прием поддерживающей терапии осуществлялся нерегулярно. Проблема комплаентности на современном этапе развития психиатрии требует решения, что освещается в работах некоторых исследователей [63,202].

В целом, ремиссии в данной подгруппе были нестойкими, состояние пациентов после выписки нуждалось в частой коррекции лекарственной терапии, полной редукции всех психопатологических явлений не отмечалось. При катамнестическом наблюдении после выписки из стационара было проведено от одного до трех курсов лечения. На протяжении всего исследования — от трех до семи курсов.

Определенный интерес составляют исследования эффективности психотерапии в лечении депрессий. Сочетанное использование фармакотерапии с некоторыми психотерапевтическими методиками

способствует формированию комплаентности и адаптации к наличию психического заболевания, следовательно, приводит к повышению эффективности лечения [114,125,194,203].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Динамические депрессии, на современном этапе развития психиатрии, являются достаточно сложным явлением, с точки зрения их нозологической принадлежности. Данная проблема обусловлена неоднозначной оценкой самого феномена адинамии, трактовка которого имеет значительные расхождения как среди российских, так и среди зарубежных ученых. Некоторые исследователи, приводя описания адинамических расстройств, не выделяют их как отдельные психопатологические образования, другие вообще избегают использования термина «адинамия». Достаточно часто адинамия рассматривается исключительно в рамках негативных расстройств, реже встречается точка зрения о принадлежности адинамии к органическим расстройствам. Таким образом, изучению аффективной природы адинамических расстройств, внимания практически не уделяется, что и определило необходимость выполнения настоящего исследования.

Целью проводимого исследования является клинико–психопатологический анализ эндогенных депрессий с адинамическими расстройствами для разработки их типологии, изучения особенностей, развивающихся в структуре различных нозологических единиц, решения вопросов прогноза и определения дифференцированного выбора адекватных методов психофармакотерапевтической тактики.

Настоящее исследование выполнено в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (директор — д.м.н., проф. Т.П. Ключник) ФГБНУ НЦПЗ в период с 2011 по 2016 гг. в группе аффективной патологии (руководитель - академик РАН, проф. А.С. Тиганов).

В исследование были включены 65 пациентов (21 мужчина, 44 женщины), страдающих эндогенными адинамическими депрессиями, наблюдаемыми в рамках рекуррентного депрессивного расстройства (25

наблюдений) и шизофрении (40 наблюдений). По классификации МКБ-10 были представлены рубрики F20.0, F20.4, F 21, F31, F32, F33. Пациенты были госпитализированы в 5-ое отделение эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ с 2011 по 2016 годы, где проходили обследование для выявления клинико-психопатологических особенностей эндогенных динамических депрессий. На основании полученных данных была разработана их типология.

Для обследования пациентов были использованы клиническо-психопатологический и клинико-катамнестический методы, помимо которых также применялись психометрический, клинико-терапевтический, статистический и параклинические методы.

Критериями включения пациентов в исследование являлись: эндогенные депрессии, протекавшие с доминированием динамических расстройств; возраст пациентов от 18 до 65; депрессии, глубина которых была умеренной и тяжелой, и обуславливала необходимость госпитализаций (от 14 до 36 баллов по шкале Гамильтона); ограничение расстройств, выходящих за рамки облигатных для депрессий, невротическим и субпсихотическим регистром. Критериями исключения являлись: психотические состояния на момент исследования; динамические расстройства, возникавшие эпизодически, и не определявшие в целом картину депрессивного состояния; наличие тяжелых органических поражений ЦНС, злоупотребления психоактивными веществами, соматические заболевания в стадии декомпенсации.

Данные имеющиеся на момент начала актуального исследования, посвященные проблеме изучения динамических депрессий [13] были рассмотрены и учтены в настоящей работе. На основании этих данных были выделены основные компоненты адинамии: идеаторный и моторный. Помимо этих двух компонентов, был также выделен волевой компонент адинамии, который являлся неизменной ее составляющей. Тщательный

анализ состояния пациентов с динамическими депрессиями, в которых апатические расстройства были представлены эпизодически, и динамические расстройства играли основополагающую роль, показал наличие волевых нарушений на этапе реализации сформированного побуждения, тогда как апатические расстройства характеризовались нарушениями на этапе его формирования. Это наблюдение, наряду с некоторыми другими особенностями, явилось основанием для разграничения апатических и динамических расстройств. Присутствие двух или трех из описанных параметров адинамии позволяет констатировать факт наличия адинамии в структуре депрессивного симптомокомплекса.

Особенностью адинамии является умеренная выраженность ее гипотимической составляющей, представленность преимущественно в идеомоторной сфере. Несмотря на это отличие от других аффективных радикалов (тоски, тревоги, апатии), адинамия может рассматриваться как самостоятельная разновидность аффективного состояния, о чем свидетельствует наличие таких признаков, как постоянное сопровождение основных идеомоторных компонентов адинамии чувством сниженного настроения – подавленности, печали, неуверенности в себе. Подобно другим аффективным радикалам, описанным в рамках эндогенных депрессий, адинамия подчиняется суточному ритму колебаний настроения и выступает основой для формирования идей малоценности и самообвинения.

В ходе исследования появилась необходимость разграничения адинамии от других психопатологических образований, с которыми она имеет значительное сходство. Так, присутствие в ее структуре вялости, слабости, как физической, так и идеаторной, носит подобие с астеническими расстройствами. Однако, астенический синдром характеризуется повышенной утомляемостью, а также явлениями раздражительной слабости, астенического идеаторного ментизма, аффективной лабильностью, метеочувствительностью, тогда как изменение интенсивности динамических

расстройств не имеет четкой взаимосвязи с изменением внешних факторов.

Несмотря на сходство адинамии с проявлениями апатического симптомокомплекса, между этими состояниями также имеется ряд существенных отличий. Адинамическая депрессия отличается неспособностью к проявлению активности, в структуре же апатических депрессий наиболее частой причиной низкой активности является феномен ангедонии. Отличия апатических и адинамических депрессий касаются также и нарушений, наблюдающихся на разных этапах волевого процесса. Апатия характеризуется снижением мотивации, адинамия — отсутствием способности к реализации задуманного.

На основании выделенных параметров адинамии и психопатологических особенностей депрессивных состояний, протекавших с преобладанием адинамического радикала, были сформированы две типологические группы: **простые** адинамические депрессии, характеризующиеся гармоничной представленностью всех компонентов адинамии, с типичной психопатологической структурой; **полиморфные** адинамические депрессии, отличающиеся неоднородной представленностью компонентов адинамии, с явлениями структурной атипичности, в которых, помимо аффективной составляющей, имеют место расстройства невротического и субпсихотического уровней.

Симптоматика **простых** адинамических депрессий не выходит за рамки аффективного регистра. Структура депрессии является типичной, с гармонично представленной депрессивной триадой. Степень тяжести депрессии определяется интенсивностью адинамических расстройств: во время наибольшей глубины депрессии больные отмечают невозможность реализации тех или иных действий вследствие выраженной физической вялости, потребности принять горизонтальное положение тела. Присутствуют жалобы на замедление мыслительных процессов, неспособность формирования своевременного ответа на происходящее. При

описании волевых нарушений пациенты испытывают наибольшие затруднения. Так, часто звучат жалобы о труднообъяснимом препятствии деятельности, и неспособности вовлечься в какие-либо виды активности. При меньшей глубине депрессии пациенты тяготятся наличием адинамических расстройств, считают, что должны занимать себя, чтобы не лежать, стараются активно преодолевать «бессилие». Случаев несоответствия между тяжестью высказываемых жалоб адинамического характера и поведением больных не выявляется – жалуясь на невозможность какой-либо активности, они действительно проводят время в бездеятельности. При наибольшей глубине депрессии в ряде случаев отмечаются явления выраженной идеомоторной заторможенности, которые можно квалифицировать как явления депрессивного субступора (5 наблюдений, 20%).

В исследованных депрессивных состояниях адинамические расстройства не представлены изолированно, однако они характеризуются высокой интенсивностью, и в целом определяют клиническую картину состояний. Другие психопатологические явления тесно взаимосвязаны с адинамией хронологически, варьируя лишь по степени выраженности. В соответствии с преобладающим аффектом, сопутствующим адинамии, депрессии можно разделить на апато-адинамические, тревожно-адинамические и тоскливо-адинамические. Во всех наблюдениях имеют место идеи малоценности. В ряду наблюдений идеи малоценности достигают сверхценного уровня, отмечается появление суицидальных мыслей. В большинстве наблюдений имеют место астенические расстройства, представленные эпизодически.

На протяжении адинамических депрессий, с типичной психопатологической структурой, отмечается постепенное возрастание интенсивности всех представленных расстройств, и постепенное ее угасание. Выход из депрессивного состояния осуществляется литически. В

целом, картина описанных адинамических депрессий максимально приближена к проявлениям классической циркулярной депрессии. Особенностью депрессий является присутствие на всем их протяжении адинамических расстройств различной интенсивности, которые определяют клиническую картину, и, соответственно, уровень тяжести депрессивных состояний.

В структуре эндогенных полиморфных адинамических депрессий (40 наблюдений) присутствуют расстройства иных психопатологических регистров: невротического (в виде обсессивно-фобической симптоматики, явлений деперсонализационного круга), и субпсихотического (в виде малосистематизированных идей отношения и преследования). Регистрируются явления сенесто-ипохондрического синдрома, тяжесть которого, наиболее часто, определяется сверхценным уровнем. В отличие от простых адинамических депрессий, где отчетливо видны моторный и идеаторный компоненты, в полиморфных адинамических депрессиях из трех компонентов адинамии объективно можно наблюдать один или два. На первый план в картине полиморфных адинамических депрессий выходит волевой компонент адинамии, представленный труднообъяснимыми пассивностью и бездействием. Адинамические расстройства за счет своего непостоянства, выраженного волевого компонента и малой выраженности моторного и идеаторного компонентов создают атипичную картину депрессии, что проявляется в отсутствии корреляции ее глубины с тяжестью излагаемых жалоб. Тимический компонент представлен не только адинамическими, но и апатическими, меланхолическими, тревожными расстройствами, наряду с которыми регистрируются анестетические и дисфорические расстройства, явления ангедонии и астении. Соответственно особенностям психопатологической структуры адинамических депрессивных состояний этой группы, она разделена на конъюгированный и волатильный

варианты.

Конъюгированный вариант адинамической депрессии (19 наблюдений) представлен сочетанием явлений адинамии с другими психопатологическими расстройствами, в результате чего формируется симптомокомплекс, обладающий известной устойчивостью. При рассмотрении этого варианта адинамических депрессий отмечено два симптомокомплекса. Первый из них представляет собой сочетание адинамии с астенией или апатией и расстройствами деперсонализационного круга (деперсонализационно-адинамический симптомокомплекс). Второй отличается более сложной структурой, представлен сочетанием адинамии с другими аффективными радикалами, расстройствами деперсонализационного круга и явлениями сенесто-ипохондрического синдрома. Депрессивная триада при конъюгированном варианте адинамической депрессии отличается дисгармоничностью: преобладает моторное (14 наблюдений), либо идеаторное (5 наблюдений) торможение, но с сохраняющейся гипотимической составляющей.

Из расстройств деперсонализационного круга наиболее часто регистрируются явления моральной ипохондрии. Поведение пациентов сопровождается формированием "ограничительного" мировоззрения в виде особого распорядка дня, дозирования нагрузок, «распределения сил на выполнение необходимых дел». В соответствии с преобладанием аффективного радикала, сопутствующего адинамии, депрессии можно разделить на астено-адинамические (6 наблюдений), апато-адинамические (8 наблюдений), тревожно-адинамические (2 наблюдения) и тоскливо-адинамические (3 наблюдения).

Астено-адинамические депрессии (5 наблюдений) характеризуются значительной блеклостью аффекта, наиболее выраженной моторной адинамией и явлениями деперсонализации. Астенические расстройства представлены повышенной утомляемостью, на фоне уже имеющегося снижения активности, явлениями "раздражительной слабости",

метеозависимости. Апато-динамические депрессии (4 наблюдения) также определяются наличием моторной адинамии, которая сочетается с расстройствами деперсонализационного круга. Апатические расстройства представлены явлениями ангедонии и более выраженными волевыми нарушениями.

При образовании симптомокомплекса адинамии с явлениями сенестопихондрического синдрома и деперсонализационного круга, при развитии тоскливо-динамических (3 наблюдения) и астено-динамических (2 наблюдения) депрессий, отмечается явное преобладание идеаторной адинамии, а также специфическая локализация сенестопатий — в области головы и грудной клетки. В этих депрессиях присутствует тоскливый аффект и своеобразно представлены явления витальности. В апато-динамических (3 наблюдения) и тревожно-динамических (2 наблюдения) депрессиях сенестопатии локализуются в области брюшной полости или тазовых органов, также присутствуют явления деперсонализации. В большинстве депрессий, с участием ипихондрических расстройств, они практически достигают бредового регистра: постепенно формируются особые концепции, основанные на динамических, сенестопатических и деперсонализационных явлениях, которые трактуются пациентами как наличие некоего невыявленного заболевания.

Течение депрессивных состояний у больных полиморфных динамических депрессий конъюгированного варианта характеризуется статичностью клинической картины. Интенсивность депрессивных состояний сохраняется на одном уровне, подвергаясь лишь незначительным суточным колебаниям и практически не изменяясь на всем их протяжении. Динамика депрессивного состояния приближается к течению хронических динамически-инертных депрессий [27].

Волатильный вариант эндогенных полиморфных динамических депрессий характеризуется неустойчивостью психопатологической картины,

широкой представленностью психопатоподобных расстройств истерического круга, оказывающих влияние на проявления адинамии. Моторный (18 наблюдений) или идеаторный (3 наблюдений) компоненты адинамии, по ходу развития депрессии, проделывают определенную динамику: если на первых этапах состояния их интенсивность достаточно высока, то по мере развития депрессии она значительно снижается, однако жалобы на отсутствие сил и трудности реализации интеллектуальной деятельности сохраняются. На первый план в картине депрессии выходит волевой компонент адинамии, что реализовывается в виде пассивности, потери целенаправленности действий и выраженной инфантильности. Среди депрессий волатильного варианта наиболее часто регистрируются тревожно-адинамические (12 наблюдений), имеют место апато-адинамические (6 наблюдений) и тоскливо-адинамические (3 наблюдения). Симптоматика тревожно-адинамических депрессий определяется явлениями моторной адинамии, которой сопутствуют явления тревоги и расстройства обсессивно-фобического и деперсонализационного круга. Эпизодически регистрируются апатические и астенические расстройства. Достаточно широко представлена конверсионная симптоматика. Адинамические расстройства, приближающиеся по своим психопатологическим характеристикам к конверсионным [85], проявляются в ощущениях физической вялости и слабости, наиболее выраженной в области конечностей. Интенсивность адинамических расстройств на протяжении депрессии, в отличие от конъюгированного варианта, подвергается значительным колебаниям: эпизоды, где адинамия представлена наиболее ярко, сменяются эпизодами полного ее отсутствия, уступая место аффекту тревоги и расстройствам обсессивно-фобического круга. Явления тревоги, помимо панических пароксизмов, представлены более продолжительными эпизодами, чередуясь в картине депрессии с эпизодами, в которых адинамические расстройства достигают наибольшей интенсивности, и приводят к полной обездвиженности пациентов, описывающих чувства

скованности как отдельных групп мышц (в области конечностей, шеи, челюстей), так и всего тела, наблюдаются также непродолжительные по времени, субступорозные состояния. Полиморфные тоскливо-динамические депрессии имеют некоторое сходство структуры с тоскливо-динамическими депрессиями конъюгированного варианта, что заключается в преобладании идеаторной адинамии, локализации сенесталгий в области головы и грудной клетки, однако, ипохондрические идеи отличаются малой структурированностью. Присутствуют также расстройства обсессивно-фобического круга, эпизоды апатии, тревоги или астении. Среди полиморфных апато-динамических депрессий преобладающим является моторный компонент адинамии, которая сочетается с апатией, неврозоподобными расстройствами деперсонализационного круга, наиболее часто, представленными явлениями психической анестезии и обсессивно-фобической симптоматикой, а также со стертыми расстройствами психотического уровня. В целом, волатильный вариант полиморфных динамических депрессий отличается постоянной изменчивостью как психопатологической картины, так и интенсивностью представленных в них расстройств. Наибольшее сходство депрессии подгруппы волатильного варианта приобретали с описанием затяжных полиморфных депрессий [27].

Исследование заболеваний, в которых развивались описанные варианты динамических депрессий показало наличие корреляций между этими вариантами и течением самих заболеваний. Структура простых депрессий, ограниченных аффективным уровнем расстройств, отличается неизменностью на протяжении всего заболевания аффективного круга. Так, если манифестная фаза представлена апато-динамической депрессией, все повторные депрессивные состояния также являются апато-динамическими. Исключение составляют наблюдения, в которых манифестные депрессии являются чисто тревожными, а последующие депрессивные состояния имеют

тревожно-динамическую структуру. Однако и в данных наблюдениях значимых структурных изменений депрессии не отмечается: тревожный радикал присутствует во всех депрессивных состояниях.

Уровень тяжести депрессий на протяжении заболеваний аффективной группы различается, и определяется, в первую очередь, степенью интенсивности динамических расстройств, а также сочетанием динамических расстройств с другими аффективными радикалами. Так, тревожно-динамические депрессии, как манифестные, так и повторные, характеризуются наибольшей тяжестью среди всех динамических депрессий, что определяется высокой интенсивностью динамических расстройств. Практически все тревожно-динамические депрессии требуют обращения за врачебной помощью, наиболее часто - стационарного лечения. Тяжесть тревожно-динамических депрессий связана также с наличием выраженных сверхценных идей малоценности (2 наблюдения, 4 фазы), формированием суицидальных мыслей и к попыткам самоубийства.

При исследовании заболеваний аффективного круга с простыми динамическими депрессиями отмечены корреляции между определенными преморбидными личностными чертами пациентов и развитием манифестных динамических депрессий определенной структуры. Так, апато-динамические и тоскливо-динамические депрессии развиваются у лиц с шизоидной акцентуацией характера, а тревожно-динамические депрессии — у лиц с психастеническими и истерическими чертами. Учитывая неизменность структуры динамических депрессий на протяжении всего заболевания, выявленные корреляции между преморбидными особенностями и типом манифестной динамической депрессии обладают определенной прогностической ценностью.

Анализ течения заболеваний, на протяжении которых отмечалось исключительно формирование простых динамических депрессий, позволяет квалифицировать их как заболевания аффективного круга (биполярное

аффективное расстройство и рекуррентное депрессивное расстройство по МКБ-10), что подтверждается также наличием качественных, лишенных каких-либо резидуальных расстройств, продолжительных ремиссий. Достаточно высокими являются и социально-трудовые показатели, которые, на протяжении заболевания, значительно не снижаются.

Анализ заболевания, протекающего с формированием полиморфных динамических депрессий, позволяет квалифицировать его как процессуальное. Несмотря на то, что психотические приступы регистрируются не во всех наблюдениях, представленность негативных расстройств имеет место во всей когорте больных этой группы, что проявляется выраженными личностными изменениями, значительным снижением социально-трудовых показателей в ходе развития заболевания. Оценка негативных расстройств проводилась клинически, с учетом результатов шкал PANSS и SANS, и ретроспективно, при помощи тщательного анализа состояния больных в межприступном периоде. Таким образом, доказана независимость этих изменений от аффекта, и выявлена нозологическая принадлежность заболеваний к шизофрении с приступообразно-прогредиентным типом течения.

Характер манифестных аффективных приступов, в группе шизофрении, характеризующейся развитием полиморфных динамических депрессий, показывает их неоднородность: отмечается участие расстройств значительно различающихся по степени тяжести психопатологических регистров. Так, наблюдаются депрессии с относительно простой структурой, сопоставимой со структурой состояний группы аффективных заболеваний, депрессии, отличающиеся полиморфизмом или являющиеся составной частью сложных по структуре психотических приступов. Характерной особенностью шизофрении, протекающей с образованием полиморфных динамических депрессий, является присутствие депрессий различной

структуры на протяжении заболевания. В одном наблюдении могут развиваться как тоскливо-динамические, так и тревожно-динамические, апато-динамические или астено-динамические депрессии.

Шизофрения, протекающая с формированием полиморфных динамических депрессий показывает различную степень прогрессивности, что коррелирует с типологическими особенностями депрессий. Так, полиморфные депрессии конъюгированного варианта развиваются в рамках шизофрении с **выраженной** прогрессивностью, депрессии волатильного варианта регистрируются в рамках шизофрении с **малой** прогрессивностью.

В большинстве наблюдений подгруппы с **выраженной прогрессивностью** заболевания уже на этапе развития манифестных аффективных приступов, в картине состояний отмечается тенденция к формированию устойчивого симптомокомплекса из адинамии, расстройств деперсонализационного круга и сенесто-ипохондрических явлений. Во всех депрессиях преобладает один из компонентов адинамии: в 14 наблюдениях — моторный, в 5 наблюдениях — идеаторный. В данной подгруппе чаще, чем в подгруппе с малой прогрессивностью, регистрируются расстройства психотического регистра. В большинстве наблюдений встречаются редуцированные формы психозов, или на протяжении депрессии имеют место эпизоды стертой психотической симптоматики. Имеют место и приступы, представленные исключительно негативными расстройствами, сопровождающиеся значительным изменением личностной структуры пациентов. После перенесенных приступов, наиболее часто, отмечается формирование хронических полиморфных динамических депрессий. Подобная клиническая картина вызывает определенные сложности квалификации данных состояний и требует проведения тщательной дифференциации динамических расстройств от негативных. По ходу течения заболевания отмечается увеличение продолжительности депрессивных состояний и укорочение ремиссий и гипоманий, со

значительным снижением имевшейся ранее продуктивности, и приобретающих черты смешанных состояний. На разных этапах исследованных заболеваний подгруппы происходит формирование хронических полиморфных динамических депрессий, с динамически-инертным типом течения, что является неблагоприятным прогностическим признаком и приводит к значительному снижению социально-трудовых показателей.

В подгруппе с малой прогрессивностью заболевания на этапе манифестации обращает на себя внимание преобладание депрессий с простой структурой над полиморфными депрессиями, что характеризует данную подгруппу как неоднородную. В некоторой степени это свойство сохраняется по ходу дальнейшего развития заболевания, хотя постепенно все депрессии приобретают черты полиморфизма, и большинство из них получает значительное сходство. На протяжении заболевания, преобладает образование тревожно-динамических депрессий (12 наблюдений), имеют место также апато-динамические (6 наблюдений) и тоскливо-динамические (3 наблюдения) депрессии. Особенностью депрессий является отсутствие постоянства представленности психопатологических явлений на протяжении отдельных состояний. Интенсивность самих динамических расстройств и представленность отдельных компонентов динамики так же значительно варьируются. Однако в течение всего заболевания отмечается тенденция к нарастанию интенсивности отдельных психопатологических образований, таких как психопатоподобные, неврозоподобные и негативные расстройства.

Характерной особенностью всех наблюдений подгруппы является участие психопатоподобных расстройств истеро-возбудимого круга в картине депрессивных состояний. Динамика представлена моторным и волевым компонентами, тогда как ее идеаторный компонент практически отсутствует. В некоторых наблюдениях отмечаются истерические субступорозные состояния и появление конверсионной динамики. Идеи малоценности,

степень выраженности которых значительно отличается как в отдельных наблюдениях, так и в отдельных депрессивных состояниях, присутствуют во всех из них. Наиболее часто они носят сверхценный характер, и по своему содержанию всегда связаны с явлениями адинамии. Часто присутствуют и астенические расстройства. Явления сенесто-ипохондрического синдрома, в отличие от неврозоподобных расстройств, по мере развития заболевания, напротив, не изменяют своей интенсивности, носят сверхценный характер. Значительной устойчивостью отличаются и явления дисморфофобии. Достигая сверхценного уровня уже в манифестных состояниях, выраженной динамики на протяжении заболевания, они не прodelывают. При сравнении с подгруппой высокой прогрессивности заболевания, можно говорить о среднем качестве ремиссий в данной подгруппе, так как, несмотря на сохраняющиеся в ремиссиях аффективные колебания, стертую неврозоподобную симптоматику и наличие личностных изменений, проявляющихся постепенно нарастающей психопатизацией, данные изменения оказывают не столь выраженное влияние на качество жизни пациентов.

Среди наблюдений всей группы шизофрении, протекающей с образованием полиморфных адинамических депрессий, на доманифестном этапе отмечено преобладание лиц с шизоидным складом, смешанного, а чаще мозаичного характера. В подгруппе с выраженной прогрессивностью шизофрении выявленная особенность, наряду с преобладанием среди манифестных состояний полиморфных аффективных или психотических приступов, указывает на высокую вероятность неблагоприятного исхода заболевания, что подтверждается и течением исследованных нами заболеваний, с образованием на определенном их этапе хронических депрессий.

Для терапии адинамических депрессий нами предложены некоторые

рекомендации, основанные на имеющемся клиническом опыте. В соответствии с типологическими вариантами динамических депрессий предложены специфические подходы к лечению, комбинации из различных групп препаратов, которые мы сочли наиболее эффективными. Одной из задач терапии эндогенных динамических депрессий является преодоление лекарственной резистентности. Поэтому в терапии некоторых депрессивных состояний проводится электросудорожная терапия и транскраниальная магнитная стимуляция.

В ходе лечения **простых** динамических депрессий используются антидепрессанты различных групп, а также малые дозы нейролептиков и препараты группы нормотимиков. Наиболее часто предпочтение отдается антидепрессантам, обладающим сбалансированным действием, что обусловлено неоднородностью тимического компонента депрессии, присутствием в ее структуре, наряду с динамическим радикалом, тревожного или тоскливого аффекта. Препаратами выбора являются венлафаксин и пароксетин. С целью воздействия на тревожный аффект и коррекции нарушений сна используются антидепрессанты с более выраженным седативным действием (миансерин, агомелатин и мirtазапин), которые назначаются в вечернее время. В наблюдениях, где преобладают апато-динамические расстройства, предпочтение отдается антидепрессантам, обладающим стимулирующим действием, таким как имипрамин, эсциталопрам и флуоксетин. В зависимости от уровня тяжести депрессии проводится от одного до трех курсов лекарственной терапии. В наиболее тяжелых депрессивных состояниях необходимым является парентеральное введение антидепрессантов трициклического или четырехциклического ряда (амитриптилин, кломипрамин, мапротилин), которые, для достижения большей эффективности, должны комбинироваться с препаратами групп СИОЗС и СИОЗСН. В большинстве случаев назначаются препараты группы нормотимиков, необходимость их

использования обусловлена не только наличием биполярного течения заболевания, препараты данной группы достаточно широко используются и при монополярном течении для преодоления лекарственной резистентности. При выраженной резистентности к проводимому лечению оправданы использование парентерального способа введения достаточно высоких доз антидепрессантов, и реализация одномоментной их отмены, а также проведение ЭСТ (до 10 сеансов). В целом, пациенты, у которых развиваются адинамические депрессии с типичной структурой, обнаруживают достаточно высокую комплаентность. Терапия этих депрессий способствует формированию качественных ремиссий.

В терапии адинамических депрессий конъюгированного варианта, в виду его значительной инертности, предпочтение отдается препаратам со стимулирующим действием. Однако, в силу особенностей психопатологической структуры, таких как наличие тяжелых сенесто-ипохондрических или субпсихотических расстройств, некоторые депрессии требуют более избирательного подхода, и комбинирования препаратов с различными, иногда противоположными, терапевтическими эффектами. Данный вариант адинамических депрессий является наиболее резистентным к терапии, поэтому целесообразно добавление препаратов ноотропного ряда. Учитывая перечисленные особенности схема лечения конъюгированного варианта адинамических депрессий подразумевает сочетание двух нейролептиков и/или двух антидепрессантов, нормотимика и препарата, обладающего ноотропным действием. Для преодоления лекарственной резистентности должны быть использованы различные комбинации антидепрессантов: СИОЗС+СИОЗСН, СИОЗН+СИОЗСН, ТРЦ+СИОЗСН, ТРЦ+СИОЗС; также могут применяться ЭСТ, ТМС, плазмаферез и прием одномоментной лекарственной отмены. При лечении конъюгированного варианта полиморфных адинамических депрессий сложно добиться качественных ремиссий, в виду устойчивости структуры депрессий и низким

ответом на проводимую терапию, несмотря на это обстоятельство, в наблюдениях этого варианта отмечается достаточно высокая комплаентность.

Подбор терапии волатильного варианта адинамических депрессий производится с учетом особенностей их структуры, характеризующейся отсутствием постоянства и выраженным полиморфизмом. Большой удельный вес в картине депрессии имеют психопатоподобные расстройства истерического круга, наряду с которыми присутствуют расстройства невротического регистра и явления сенесто-ипохондрического синдрома. Отмечается частое изменение аффективной составляющей депрессий: адинамические расстройства, по ходу развития состояния чередуются с явлениями тревоги. Указанные особенности депрессий приводят к тщательному подбору антидепрессантов и нейролептиков, а также к широкому использованию препаратов группы транквилизаторов. Для воздействия на психопатоподобные и сенесто-ипохондрические расстройства, наиболее часто требуется более массивная нейролептическая терапия, по сравнению с лечением других вариантов адинамических депрессий. Дозировка нейролептиков должна соответствовать средним и высоким значениям. В тех депрессиях, в которых отмечается выраженная моторная адинамия, необходима реализация стимулирующего эффекта, который, как и при лечении остальных вариантов адинамических депрессий, достигается назначением малых доз трифлуоперазина и флупентиксола. Часто требуется комбинация из двух нейролептиков. Антидепрессивная терапия также имеет свои особенности, которые касаются полного исключения из использования препаратов с выраженным стимулирующим эффектом. Предпочтение отдается антидепрессантам сбалансированного и седативного действия. Достаточно широко используются препараты группы нормотимиков, целью назначения которых, помимо достижения нормотимического эффекта и преодоления лекарственной резистентности, в данной подгруппе является также дополнительное воздействие на психопатоподобные расстройства,

осуществляемое наряду с действием нейролептиков. С целью преодоления лекарственной резистентности, как и при лечении депрессий конъюгированного варианта, назначаются препараты ноотропного ряда, обладающие умеренным стимулирующим эффектом (мексидол). Определенные трудности связаны с достижением комплаентности, что по-видимому объясняется как наличием психопатоподобных расстройств в структуре депрессий, отсутствием критики к заболеванию, так и с особенностями течения депрессивных состояний, характеризующихся непостоянством. По ходу депрессий регистрируются «гипоманиакальные окна», которые воспринимаются пациентами как наступление ремиссии, и приводит к прекращению приема терапии.

Таким образом, результатами данного исследования являются подтверждение гипотез о принадлежности адинамии к аффективным расстройствам и обоснованность выделения адинамических депрессий как самостоятельной разновидности аффективных состояний; о разграничении типов адинамических депрессий, в соответствии с особенностями их психопатологической структуры, которая определяется представленностью компонентов адинамии (идеаторного, моторного, волевого) и соучастием психопатологических образований, выходящих за рамки аффективного уровня; а также о наличии корреляций между особенностями течения адинамических депрессий и отдельными нозологическими единицами. Полученные данные имеют прогностическое значение и могут являться основанием для разработки наиболее рационального терапевтического подхода.

## ВЫВОДЫ

1. Адинамические расстройства имеют аффективную природу, так как, несмотря на отсутствие ярко выраженного тимического компонента, они сохраняют его свойства, такие как депрессивное мировоззрение и наличие идей малоценности, подчиняются суточным колебаниям настроения.

2. Адинамические расстройства, несмотря на значительное сходство с явлениями апатии и астении, имеют ряд значительных отличий. Апатические расстройства, как и адинамические, характеризуются низкой активностью, однако наиболее частой причиной снижения активности становятся проявления феномена ангедонии, не свойственные адинамическим расстройствам. Отличия касаются и волевых нарушений: апатия определяется волевыми нарушениями уже на этапах формирования побуждений и осознания целей, тогда как адинамия характеризуется именно невозможностью достижения уже сформированных целей вследствие крайней пассивности и заторможенности. Астенические (и астеноподобные явления) характеризуются присутствием в их структуре повышенной утомляемости, явлений гиперестезии, астенического идеаторного ментизма, аффективной лабильности и метеочувствительности, тогда как изменение интенсивности адинамических расстройств не имеет четкой взаимосвязи с изменением внешних факторов; адинамические расстройства отличаются значительным постоянством.

3. Представленность отдельных компонентов адинамии (идеаторного, моторного и волевого) обуславливает специфичность структуры депрессии, на основании чего были выделены варианты адинамических депрессий:

3.1. Простые депрессии характеризуются типичной психопатологической структурой, равнозначной представленностью всех компонентов адинамии, и ограничивающиеся аффективным уровнем расстройств.

3.2. Полиморфные депрессии отличающиеся большей выраженностью одного из компонентов адинамии - идеаторного или моторного, и более сложной психопатологической структурой, определяющейся соучастием расстройств, выходящих за рамки аффективного уровня.

В связи со структурными отличиями полиморфных депрессий, были выделены их варианты: конъюгированный и волатильный. Конъюгированный вариант депрессий характеризуется образованием устойчивого симптомокомплекса, представленного адинамией, моторной или же идеаторной, расстройствами деперсонализационного круга и явлениями сенесто-ипохондрического синдрома. Волатильный вариант депрессий отличается непостоянством структуры, которая определяется наличием моторной адинамии, неврозоподобных, сенесто-ипохондрических и психопатоподобных расстройств, стертой параноидной симптоматики.

4. Адинамические расстройства, как правило, не встречаются отдельно от других аффективных феноменов, и наблюдаются в структуре апато-, астено-, тревожно- или тоскливо-адинамических депрессий. Среди депрессий с простой структурой в равной степени представлены апато- и тревожно-адинамические, картина которых отличается значительным сходством с проявлениями классической циркулярной депрессии. Тоскливо-адинамические депрессии отличаются наименьшей встречаемостью среди всей когорты пациентов. Депрессии конъюгированного варианта наиболее часто обладают апато- и астено-адинамической структурой. Течение депрессий носит динамически-инертный хронический характер.

Волатильный вариант депрессий представлен, в большинстве наблюдений, тревожно-динамическими депрессиями, и отличается затяжным течением.

5. Анализ течения эндогенных заболеваний, протекающих с образованием динамических депрессий, показал их нозологическую гетерогенность.

5.1. Формирование простых динамических депрессий наблюдается в рамках заболеваний аффективного круга (биполярное аффективное расстройство и рекуррентное депрессивное расстройство по МКБ-10), что подтверждается также наличием качественных, лишенных каких-либо резидуальных расстройств, продолжительных ремиссий. Достаточно высокими являются и социально-трудовые показатели, которые, на протяжении заболеваний, значительно не снижаются.

5.2. Полиморфные динамические депрессии формируются в рамках шизофрении с приступообразно-прогредиентным типом течения, характеризующейся высокой и малой степенью прогредиентности. Несмотря на то, что психотические приступы не всегда представлены в картине заболевания, наличие негативных расстройств имеет место во всей когорте больных этой группы, и проявляется выраженными личностными изменениями, подтверждается значительным снижением социально-трудовых показателей и результатами психометрических исследований.

5.2.1. На протяжении заболевания с высокой прогредиентностью отмечается образование хронических полиморфных динамических депрессий с динамически-инертным типом течения. Прогноз при этом типе течения шизофрении наиболее неблагоприятный, так как заболевание протекает практически безремиссионно.

5.2.2. При наличии малой прогрессивности заболевания, по ходу его течения отмечается тенденция к формированию затяжных полиморфных адинамических депрессий. Прогностически данный вариант течения шизофрении считается относительно неблагоприятным, так как несмотря на снижение уровня качества жизни пациентов, социально-трудовые показатели ухудшаются умеренно. На протяжении заболевания отмечается формирование ремиссий, в которых сохраняются стертые адинамические и неврозоподобные расстройства.

6. Терапевтическая тактика адинамических депрессий отличается дифференцированным подходом, и осуществляется в соответствии с особенностями психопатологической структуры их типологических вариантов. Общим подходом к лечению всех адинамических депрессий являются мероприятия, направленные на преодоление лекарственной резистентности.

6.1. При лечении адинамических депрессий, имеющих типичную психопатологическую структуру, используются малые дозы нейролептиков и препараты группы нормотимиков. Наиболее часто предпочтение отдается антидепрессантам, обладающим сбалансированным действием, что обусловлено неоднородностью тимического компонента депрессии, присутствием в ее структуре, наряду с адинамическим радикалом, тревожного или тоскливого аффекта.

6.2. В терапии адинамических депрессий конъюгированного варианта требуется более избирательный подход, комбинация препаратов с различными, иногда противоположными, терапевтическими эффектами: стимулирующим и антипсихотическим. Наиболее часто используются комбинации из двух антидепрессантов, относящимся к разным группам. Целесообразно также добавление препаратов ноотропного ряда.

6.3. Особенности структуры депрессий волатильного варианта диктуют назначение антидепрессантов сбалансированного действия, средних и высоких доз нейролептиков, а также широкое использование препаратов группы транквилизаторов. Наиболее часто требуется комбинация из двух нейролептиков, один из которых назначается с целью реализации стимулирующего эффекта.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ**

1. При нозологической оценке эндогенных адинамических депрессий необходимо учитывать психопатологическую структуру, определять преобладающие компоненты адинамии.
2. При определении прогноза необходимо учитывать полученные данные об особенностях формирования адинамической депрессии, ее типологической разновидности, а также об особенностях течения депрессии и эндогенного заболевания в целом.
3. Результаты проведенного исследования могут использоваться при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, медицинских психологов.
4. Методологические принципы, на базе которых построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-практических разработок в данной области.
5. На основании полученных данных возможно проведение исследования направленного на разработку терапевтической тактики адинамических депрессий.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Абрамова Л. И. Ципралекс (эсциталопрам): терапевтическая эффективность при постшизофренических (постпсихотических) депрессиях/ Л. И. Абрамова, Т.Б. Арсеньева, Н.Л. Панова, А.К. Шведова// Психиатрия. - 2010.№3 (45). – С. 54-64.
- 2.Аведисова, А.С. Ремиссия: новая цель терапии и новые методы ее оценки. /А.С. Аведисова // Журнал психиатрии и психотерапии.- 2004, - 4.- С. 7-10
- 3.Андрусенко М.П. Комбинированное использование антидепрессантов и нейролептиков при аффективных расстройствах и шизофрении: показания к назначению, побочные эффекты и осложнения / М.П. Андрусенко М.А. Морозова //Журнал психиатрии и психотерапии. - 2001. – 1. – С. 9
- 4.Ануфриев А.К. Избранные труды по психиатрии/ А.К. Ануфриев. – М.: Логос, 2013. – 352 с.
- 5.Арбиталин, Е.Ю. Социальное функционирование больных с фармакорезистентными депрессиями / Е.Ю. Арбиталин, Н.В. Федоров // Социология медицины. - 2011. - №2. – С. 47-51.
- 6.Банников, Г.С. Роль личностных особенностей в формировании структуры депрессии и реакции дезадаптации: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: Банников Геннадий Сергеевич. - Москва, 1998. - 22 с.
- 7.Бархатова А. Н. Проблемы определения понятия «дефект-симптомы» при шизофрении/Бархатова А.Н. //Психиатрия. – 2014.- №2. – С. 56.
- 8.Басов М. Я. Воля как предмет функциональной психологии./М.Я. Басов. - М.:Алетейя, 2007. - 544 с.
- 9.Беляев, Б.С. Аффективный эндогенный психоз (клиника, патогенез, систематика): дисс. ...докт. Беляев Борис Самойлович. М., 1989 -323 с.
10. Бобров А.С. Эндогенные депрессии. Монография, 2 издание,

дополненное и переработанное Иркутск: «Папирус»; 2010.

11. Бондарь, В. В. Терапевтически резистентные эндогенные депрессии (клиника, типология, вопросы патогенеза и лечения): дисс. ... канд. мед. наук: Бондарь Виктор Валерьевич. - 1992. – 217 с.
12. Борисова, О.А. Значение особенностей преморбидного периода и характеристик первой фазы для прогноза дальнейшего течения аффективных расстройств / О.А. Борисова, Г.И. Копейко //Современные подходы к диагностике и терапии биполярного аффективного расстройства: материалы Первой ежегодной научно-практической конференции, посвященной Всемирному дню Биполярного расстройства. –Москва: РУДН. -2015. – С. 40-43.
13. Бурба Б.В. Психопатология и клиника адинамических депрессий в течении шизофрении. Дис. на соискание уч. ст. канд. мед. наук. Москва, 1987
14. Бурчинский С.Г. Современные аспекты фармакотерапии депрессивных состояний// Журн. практ. лікаря. 2002;1:63-65.
15. Вертоградова, О.П. Психопатологическая структура затяжных эндогенных депрессий / О.П. Вертоградова, Н.Ф. Дементьева, В.Ф. Войцех, В.Н. Краснов, В.Н. Сеницын, В.М. Волошин // Ж. невр. и псих. им. С.С. Корсакова. – 1978. - №12. – С. 1830-1835.
16. Вертоградова, О.П. К психопатологической структуре депрессий. / О.П. Вертоградова и соавт. // В сб.: Депрессия (психопатология, патогенез). - М., 1980. – С. 16-22.
17. Вертоградова, О.П. Апатическая депрессия: структура и динамика. /О.П.,Вертоградова, К.А.Кошкин// Социальная и клиническая психиатрия. -2010. №2 (20).- С. 26-32

18. Вовин, Р. Я. Тимический компонент негативного симптомокомплекса при шизофрении / Р. Я. Вовин, О. В. Гусева // Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение). — 1991.- СПб. — С. 50–60.
19. Вовин, Р.Я., О соотношении аффективных нарушений и негативных эффектов психофармакотерапии в структуре шизофренического дефекта /Р.Я.Вовин, А.Я.Фактурович, О.В.Гусева, // Аффективные расстройства (диагностика, лечение, реабилитация). - Л. – 1988. - С. 6-12.
20. Войцех, В.Ф. Нарушение познавательных процессов при различных типах депрессий / В.Ф. Войцех // В кн.: Актуальные проблемы психиатрии (клиника, патогенез, лечение, социальная реабилитация). - М., 1981. – С. 51-54.
21. Волошин, В.М. Различные типы депрессивной триады и их диагностическое значение / В.М. Волошин // В сб.: Депрессия (психопатология, патогенез). - М., 1980. – с. 40-52.
22. Воробьев, В.Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств): дисс. ... докт. мед. наук: Воробьев Владимир Юрьевич. – Москва, 1988. - 128 с.
23. Выготский, Л. С. Собрание сочинений/ Л.С. Выготский. - М.- Педагогика.- 1983. - 2562 с.
24. Гиляровский, В.А. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов. / В.А. Гиляровский.// Москва-Ленинград.- Гос.мед.издательство.- 1931.- 520 с.
25. Даль, В.И. Толковый словарь русского языка/В.И. Даль. – М.:Эксмо, 2015.-896 с.
26. Дзюба, А.Н. Нейропластичность в терапии при депрессивных расстройствах/ А.Н.Дзюба, Е.А.Хаустова, В.Г. Безшейко//Укр. мед.

- Журн. - 2012. №2 (88).- С. 3-4.
27. Дикая, Т.И. Длительные многолетние депрессивные состояния в форме хронических депрессий: клинико-психопатологические и динамические аспекты/Т.И. Дикая //Психиатрия. - 2004. -Т.5.-№11. -с. 26-34.
28. Дикая, Т.И. Затяжные и хронические эндогенные депрессии (вопросы психопатологии, клиники и нозологическая оценка): дисс. ...канд. мед. наук: Дикая Татьяна Ивановна. – М., 2005. - 277 с.
29. Диков, С.Ю. Соматовегетативные расстройства при депрессиях с разным типом ведущего аффекта: дисс. ...канд. мед. наук: Диков Станислав Юрьевич. -М., 2009.- 164 с.
30. Дубницкая, Э. Б. Депрессии при шизофрении (подходы к терапии) сообщение на круглом столе по проблеме депрессий при шизофрении/Э.Б.Дубницкая//Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – №. 4. – С. 15-21.
31. Жмуров, В.А. Адинамия. /А.В. Жмуров// Большая энциклопедия по психиатрии, 2-е изд. М.- 2012. -1068 с.
32. Изнак, А.Ф. Транскраниальная магнитная стимуляция в комбинированном лечении фармакорезистентных депрессий: динамика клинических, психологических и ЭЭГ параметров. /А.Ф.Изнак, А.С.Тиганов, Е.В.Изнак, С.А.Сорокин// Human Physiology.- 2015.- Т.41.- №5. - С.503-509.
33. Ильин, С.А. Сравнительная эффективность и переносимость циклической транскраниальной магнитной стимуляции и электросудорожной терапии при затяжных терапевтически резистентных депрессиях / С.А. Ильин, Э.Э. Цукарзи, С.Н. Мосолов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. - №2. – С. 73-79.

- 34.Ильина, Н.А.Динамика приступообразной шизофрении с длительными ремиссиями. /Н. А.Ильина, Н. В.Захарова // Журнал «Психиатрия». - 2010. -№1.-С. 26-36
- 35.Каннабих, Ю. В., Циклотимия, ее симптоматология и течение / Ю. В. Каннабих. // М.- товарищество «Печатня С. И. Яковлева», 1914. – 419 с
- 36.Кинкулькина М.А. Терапия депрессивных нарушений, развивающихся у больных шизофренией после купирования острого психоза./М.А.Кинкулькина//Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. -2007. - №6.-С.25-28.
- 37.Кинкулькина, М. А. Депрессии при различных психических заболеваниях //Клиника и лечение: автореф. дис.... доктора мед. наук: 14.00. 18.–М., 2007.–285 с. – 2007.
- 38.Клюшник, Т.П. Новые воспалительные маркеры депрессивных расстройств. /Т.П.Клюшник, С.А.Зозуля, Т.М.Сиряченко, В.Г.Каледа, А.М.Дупин, М.А.Омельченко// Сибирский вестник психиатрии и наркологии.-2013. Т.1-№76.-с.35-38.
- 39.Колуцкая Е.В. К проблеме дистимии / Е.В. Колуцкая // журнал Социальная и клиническая психиатрия. 1994- №1.- С.13-18
- 40.Колуцкая, Е. В. Обсессивно-фобические расстройства при шизофрении и нарушениях шизофренического спектра: автореф... докт. мед. наук: Колуцкая Елена Владимировна. – М., 2001. – 26 с
41. Копейко, Г. И. Особенности клинического действия антидепрессантов селективных ингибиторов обратного захвата серотонина при лечении эндогенных депрессий юношеского возраста/ Г. И. Копейко, В.В. Артюх//Практическая медицина - 2012. - № 57.- С. 100-104.

42. Коростий, В. И. Оценка эффективности и переносимости ламотриджина (Эпилептал) в комбинированной терапии резистентных к лечению и атипичных форм рекуррентного депрессивного расстройства/ В.И. Коростий, А.М. Кожина., С.Х.Хмаин// Международный неврологический журнал. – 2013. – №. 2. – С. 56.
43. Корсаков, С.С. Курс психиатрии. Том II-й./С.С. Корсаков// М.: Типо-литография В.Рихтер, 1901. - с.803-804
44. Коцюбинский, А.П. Аутохтонные непсихотические расстройства/ под ред. Коцюбинского А.П. - СПб.- СпецЛит, 2015.- 495 с
45. Краснов, В.Н. Расстройства аффективного спектра. /В.Н. Краснов//М.: Практическая Медицина.- 2011.-432 с.
46. Крепелин, Э. Учебник для врачей и студентов./Э.Крепелин// М: Изд. А.А. Карцева. - 1910. -468 с.
47. Крылов, В.И. Дименциональный подход к диагностике заболеваний шизофренического спектра (психопатология аффективной и когнитивной составляющих) / В.И. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2013. - №4. – С. 17-22.
48. Крылов В.И. Нарушение эмоциональной и волевой регуляции психической деятельности как основа для развития навязчивых нарушений /Крылов В.И.,Бутылин Д.Ю.// Вестник психиатрии и психологии Чувашии — 2014. №10 -с.14-20.
49. Кузьмичева, О.Н. К проблеме постпсихотических депрессий при шизофрении / О.Н. Кузьмичева // В сб.: Эндогенная депрессия. – Иркутск, 1992 – С. 57-58.
50. Лазарев В.В. ЭЭГ оценка нейродинамической структуры умственной деятельности при астено-депрессивных состояниях //Стресс и поведение. М.,2001.

51. Леонгард, К. Акцентуированные личности/ Карл Леонгард. - М.: Эксмо-Пресс, 2001, 390 с.
52. Личко, А.Е. Психопатии и расстройства личности у подростков / А.Е. Личко. – М.: 2013. - 256 с.
53. Лопухов, И.Г. Антидепрессивные свойства ингибиторов обратного захвата серотонина (клиническая характеристика флуоксетина и флувоксамина): дисс. ...канд.Лопухов Игорь Геннадьевич. М., 1996 -231 с.
54. Мазаева, Н.А. Об одной из разновидностей течения приступообразной шизофрении с аффективными расстройствами в ремиссиях/ Н.А Мазаева, И.В.Абрамова //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1986.- №5.- с.719-725.
55. Мазо,Г.Э. Терапевтически резистентные депрессии: современные подходы к диагностике и лечению/ Г.Э. Мазо, С.Е. Горбачев, Н.Н. Петрова// Вестник Санкт-Петербургского университета.-2008.- Т.11.- №2. - С.87-96.
- 56.Максимова, М.Ю. Особенности личности больных юношеского возраста и ее динамика на преморбидном этапе (клинический и патопсихологический анализ): дисс. ...канд. мед. наук: Максимова Мария Юрьевна. – М., 2002. - 290 с.
- 57.Медведев, В.Э. Атипичный антипсихотик амисульпирид (Лимипранил): возможности и перспективы/ В.Э. Медведев// Социальная и клиническая психиатрия.- 2010.- 4.- С.125- 134.
- 58.Михайлова, Н.М. Эндогенные субдепрессии у пожилых пациентов общесоматической поликлиники/Н.М.Михайлова, В.Г.Остроглазов, Т.М.Сиряченко//Журнал невропатологии и психиатрии. -1987.-№4.- с.558-563.

59. Мосолов, С.Н. Основы психофармакотерапии/С.Н.Мосолов//М.: Восток. – 1996. – с. 288.
60. Мосолов, С.Н. Биполярное аффективное расстройство. Диагностика и терапия/ Под ред. С.Н.Мосолова. //М.: МЕДпресс-информ.-2008. -384 с.
61. Музыченко, А.П. Терапевтическая резистентность при приступообразно протекающей шизофрении и методы ее коррекции/ А.П. Музыченко, С.И. Дмитренко, А.Н. Захацкий, В.В. Барзаков. – Липецк: ГУП «ИГ«Инфол», 2002. – 120 с.
62. Незнамов, Г.Г. Терапевтическое действие и эффективность феварина (флувоксамина) у больных с непсихотическими тревожными и апатоадинамическими депрессиями / Г.Г. Незнамов, С.А. Сюняков, Е.С. Телешева, О.А. Дорофеева, Д.В. Чумаков, И.А. Давыдова // Ж. невр. и псих. им. С.С. Корсакова - 2001. - №8. – С. 19-24.
63. Незнамов, Н.Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии / Н.Г. Незнамов, В.Д. Вид// Психиатрия и психофармакотерапия. Журн. им. П.Б. Ганнушкина. - 2004.-т6., №4.- С.159-162
64. Нуллер, Ю.Л. Аффективные психозы./Ю.Л.Нуллер, И.Н. Михаленко// Л.: Медицина.- 1988. -264 с.
65. Овсянников, С.А. Пограничная психиатрия и соматическая патология: клиничко-практическое руководство/ С.А. Овсянников, Б.Д. Цыганков //М.: Триада Фарм.- 2001.- 100 с.
66. Олейчик, И.В. Эндогенные депрессии юношеского возраста (клиничко-психопатологическое, клиничко-катамнестическое и фармакотерапевтическое исследование): Олейчик Игорь Валентинович, автореф.... докт. мед. наук, 2011, - 44 с. 128.

67. Павлов, И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. /И.П. Павлов//М.: Наука. -1973. -508 с..
68. Пантелеева, Г.П. Аффективные заболевания / Г.П. Пантелеева // В кн.: Руководство по психиатрии (под ред. А.С. Тиганова). - М.: Медицина, 1999. - С. 555-599
69. Папандопулос, Т.Ф. Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика). /Т.Ф. Папандопулос/М.: Медицина. -1975. -149 с.
70. Петрова, Н.Н. Клинические особенности депрессии в ремиссии параноидной шизофрении/Петрова, Н.Н., Вишневская О.А.// Журнал невропатологии и психиатрии. - 2013.-Т. 11.-№2.- с.34-41.
71. Пчелина, А.Л. Затяжные эндогенные депрессии, вопросы психопатологии, клиники и терапии. Дисс. канд. мед. наук. - М., 1980. - 151 с.
72. Пуховский, А.А. Хронические депрессии (Психопатология, клиника, терапия): дис. ... докт. мед. наук: Пуховский Андрей Аркадьевич. - М., 1992. – 208 с.
73. Северный, А.А. Клинико-психопатологический анализ так называемой юношеской астенической несостоятельности. /А.А. Северный//Журнал неврологии и психиатрии.- 1985. -№11.- с.1674-1680.
74. Сеченов, И. М. Физиология нервной системы./ И. М. Сеченов, И. П. Павлов, Н. Е. Введенский. // М.: Государственное издательство медицинской литературы. - 1952. -580 с.
75. Смулевич, А.Б. Психопатология депрессий (к построению типологической модели) / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, А.Ш. Тхостов, Е.В. Зеленина, А.В. Андриющенко, С.В. Иванов // В сб.:

- Депрессии и коморбидные расстройства. Под ред. А.Б. Смулевича. - М., 1997. – 154 с.
76. Смулевич, А.Б. Депрессии и коморбидные расстройства /А.Б.Смулевич, А.С.Тиганов//М.: РАМН НЦПЗ. – 1997.
77. Смулевич, А.Б. Психопатология и клиника депрессий, развивающихся при шизофрении / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. - №5. – С. 8-12.
78. Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицине / А.Б. Смулевич// – М.: МИА, 2001. – 782 с.
79. Смулевич, А.Б. Расстройства личности / А.Б. Смулевич. – М.: МИА, 2007. - 192 с.
80. Смулевич, А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А.Б. Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 255 с.
81. Смулевич, А.Б. Депрессия — актуальные проблемы систематики. /А.Б.Смулевич, Э.Б.Дубницкая //Журнал неврологии и психиатрии.- 2012. т.11.-№2.-с.11-20.
82. Снежневский, А.В. Руководство по психиатрии / А.В. Снежневский. – М.: Медицина, 1983. – 1024 с.
83. Сорокин, С.А. Эндогенные апатические депрессии (вопросы психопатологии, клиники и терапии): дисс. ...канд. мед. наук: Сорокин Сергей Александрович. – М., 2015. - 226 с.
84. Сосюкало, О.О. Клинические особенности смешанных аффективных состояний и их место в динамике аффективных и шизоаффективных психозов /О.О. Сосюкало// Журн. невр. и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1989. - № 9. - С. 68–74.
85. Субботская, Н.В. К вопросу об эндогенных психопатоподобных депрессиях. /Н.В.Субботская //XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным

- участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. - СПб.: Альта Астра, 2015. Стр. 511.
86. Тиганов, А.С. Руководство по психиатрии в 2 томах/ А.С. Тиганов и др. // М: Медицина; 1999 – 1495 с.
87. Тиганов, А.С. Общая психопатология /А.С. Тиганов// М:МИА, 2008-127 с.
88. Хвилицкий, Т.Я. Формы депрессивных состояний, их психопатологическая динамика и особенности лечения./Т.Я. Хвилицкий// Журнал неврологии и психиатрии.- 1972.-№.4.-с.559-567
89. Циркин, С.Ю. Аналитическая психопатология./ С.Ю. Циркин// М.: Бином, 2012.- 288 с
90. Цуцульковская, М. Я. и др. Юношеские эндогенные депрессии (психопатология, типология, нозологическая оценка, лечение)/ Цуцульковская, М. Я., Олейчик, И. В., Владимирова, Т. В., Казьмина, О. Ю., Савенко, Г. В., Этингоф, А. М. //Пособие для врачей. М. – 2000. – Т. 34.
91. Чиж, В.Ф. Учебник психиатрии. /В.Ф. Чиж// Юрьев: Типография К.Матиссена, 1902. -478с.
92. Шаманина, В.М. К типологии депрессии при эндогенных психозах / В.М. Шаманина // Журнал невр. и псих. им. С.С. Корсакова. – 1978. - №3. – С. 389-397.
93. Ширшова М.Б. Меланхолические депрессии при шизофрении (вопросы психопатологии, клиники, терапии): Автореф. дис. на соискание уч. ст. канд. мед. наук. Москва, 1997.
94. Шумская, К.Н. Соотношение депрессивных и негативных симптомов в

- картине постпсихозических депрессий / К.Н. Шумская // Ж. невр. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1999. -№6. – С. 13-17.
95. Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс. // М.: Практика, 1997. – 1054 с
96. Ястребов, Д. В. Антидепрессивная терапия антидепрессантами. Ламиктал и проблема лекарственной резистентности/ Д.В. Ястребов//Русский медицинский журнал. – 2010. – Т. 18. – №. 16. - С.1031-1036.
97. Bandelow, B. Depressive syndromes in schizophrenic patients after discharge from hospital. ANI Study Group Berlin, Düsseldorf, Göttingen, Munich / B. Bandelow, P. Müller, W. Gaebel, W. Köpcke, M. Linden, F. Müller-Spahn, A. Pietzcker, F.M. Reischies, J. Tegeler // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. – 1990. - v2.-№240. – P. 113-120.
98. Bao, A.-M. The stress system in depression and neurodegeneration: Focus on the human hypothalamus/ A.-M. Bao, G. Meynen, D.F. Swaab// Brain Research Reviews — 2008. -v2.-№57.- P.531–553.
99. Barch, D. M. Emotion, Motivation, and Reward Processing in Schizophrenia Spectrum Disorders: What We Know and Where We Need to Go / D. M. Barch // Schizophr. Bull. - 2008. - v5.-№34. – P. 816–818.
100. Baynes, D. et al. Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment //Schizophrenia research. – 2000. – v. 45. – №. 1. – С. 47-56.
101. Benazzi, F. Prevalence of bipolar II disorder in outpatient depression: a 203-case study in private practice //Journal of affective disorders. – 1997. – v. 43. – №. 2. – С. 163-166.
102. Bermanzohn, P. C., Siris S. G. Akinesia: a syndrome common to parkinsonism, retarded depression, and negative symptoms of schizophrenia //Comprehensive psychiatry. – 1992. – v. 33. – №. 4. – С. 221-232.

103. Blacburn, I.M. Mental and psychomotor speed in depression and mania. *Brit.J.Psychiat.* -1975.-№126.-329-335.
104. Bleuler, M. Die schizophrenen Gestesstorungen in lichte Langjahrigen Kranken und Familiene schichte. /M. Bleuler//Stuttgart: Thieme,1972.
105. Bragulat, V. Dopaminergic function in depressed patients with affective flattening or with impulsivity: fluoro-L-dopa positron emission tomography study with voxel-based analysis / V. Bragulat, M.L. Paillère-Martinot, E. Artiges, V. Frouin, J.B. Poline, J.L. Martinot // *Psychiatry Res.* - 2007. - v.2.-№154. – P. 115-124.
106. Bressan, R.A. Typical antipsychotic drugs- D2 receptor occupancy and depressive symptoms in schizophrenia / R.A. Bressan, D.C. Costa, H.M. Jones et al.// *Schizophr. Res.*-2002.- vol.56.- P.31-36
107. Buyukdura, J.S., McClintock S.M., Croarkin P.E. Psychomotor retardation in depression: Biological underpinnings, measurement, and treatment. /J.S.Buyukdura, S.M.McClintock, P.E.Croarkin.//*Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry.* -2011. -v.2.№35.- p.395–409
108. Caligiuri, M.P. Motor and cognitive aspects of motor retardation in depression. /M.P.Caligiuri, J.Ellwanger //*Journal of Affective Disorders.* 2000.-v.1-3.-№57.- p.83–93.
109. Calugi S. Does psychomotor retardation define a clinically relevant phenotype of unipolar depression. /Calugi S., Cassano G.B., Litta A., Rucci P., Benvenuti A., Miniati M., Lattanzi L., Mantua V., Lombardi V., Fagiolini A., Frank E. //*Journal of Affective Disorders.* -2011. v.1-3/-№129. -p. 296–300
110. Capobianco, M. ID 8 – Repetitive transcranial magnetic stimulation in chronic anxiety and depression/ M. Capobianco//*Clinical*

Neurophysiology — 2016. №127(3), P. e118

111. Chaturvedi, S.K., Sarmukaddam S. Negative symptoms in depression. *Indian J Psychiatry*. 1985.-v.2 -№27.-p.139-44
112. Cheng, H.D B. J. Self-reported lack of energy (anergia) among elders in a multiethnic community/ Cheng H., Gurland B. J., Maurer M. S.//*The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. – 2008. – T. 63. – №. 7. – C. 707-714.
113. Cortés, A. P. et al. Tratamiento farmacológico y terapia electroconvulsiva en la depresión unipolar; a propósito de un caso // *Psiquiatría Biológica*. – 2014. – T. 21. – №. 3. – C. 110-112.
114. Cuijpers, P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies / P. Cuijpers // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 2008. – T. 76. – №. 6. – P. 909.
115. De Winter, F.P.R., Zwinderman, K.H., Goekoop, J.G. Anxious-retarded depression: relation to family history of depression / F.P.R. De Winter, K.H. Zwinderman, J.G. Goekoop // *Psychiatry Research*. - 2004. - 127(1-2). - P.11-119
116. Della Pasqua, O., Santen, G. W., Danhof, M. The missing link between clinical endpoints and drug targets in depression / O.Della Pasqua, G. W.Santen, M. Danhof // *Trends in pharmacological sciences*. – 2010. – T. 31. – №. 4. – P. 144-152.
117. Dubini, A, Do noradrenaline and serotonin differentially affect social motivation and behavior / A. Dubini, M. Bosc, V. Polin // *Eur. Neuropsychopharmacol*. - 1997. - №7. - P. 49-55.

118. Ebmeier, K.P. Recent developments and current controversies in depression /P.E.Klaus, C.Donaghey., J.D. Steele // The Lancet -2006. -№ 367(9505). -P. 153–167
119. Ey, H. Etudes Psychiatriques. Tome III / H. Ey // Paris: Desclee de brouwer & cie. - 1954. - P. 315.
120. Feeser, M. Context insensitivity during positive and negative emotional expectancy in depression assessed with functional magnetic resonance imaging / M.Feeser, F. Schlagenhauf, P. Sterzer, S. Park, M. Stoy, S. Gutwinski, U. Dalanay, T. Kienast, M. Bauer, A. Heinz, A. Ströhle, F. BERPohl // Psychiatry Res. – 2013. - №212(1). – P. 28-35.
121. Freton, M. New forms of depressive psychomotor retardation / M. Freton // L'Encéphale. - 2012;38(2). p.33-36
122. García Blanco, A. C., Sierra P., Livianos Aldana, L. Nosology, epidemiology and pathogenesis of bipolar disorder: Recent approaches / A. C.García Blanco, P.Sierra, L. Livianos Aldana// Psiquiatría Biológica. - 2014, vol. 21. - p. 89-94.
123. Garg, S. Amelioration of anergia and thought disorder with adjunctive high frequency cerebellar vermal repetitive transcranial magnetic stimulation in schizophrenia: A case report / S. Garg, S.K. Tikka, N.Goyal, V.K.Sinha, S.H. Nizamie // Schizophrenia Research -2013. -№143(1). -P. 225–227
124. Garland, E.J. Amotivational syndrome associated with selective serotonin reuptake inhibitors in children and adolescents / E.J. Garland, E.A. Baerg // J. Child Adolesc. Psychopharmacol. – 2001. - №11(2). – P. 181-186
125. Geschwind, N. et al. Mindfulness training increases momentary

- positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: a randomized controlled trial / N. Geschwind // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 2011. – T. 79. – №. 5. – P. 618.
126. Glatzel, J. On the phenomenology of a type of endogenous juvenile-asthenic failure syndrome / J. Glatzel // *Psychiatr Clin (Basel)*. -1968. -1(1). - p.15-31.
127. Hamilton, M. A rating scale for depression / M. Hamilton // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. – 1960. – T. 23. – №. 1. – p. 56-62.
128. Hamilton, M. Depression and endogenicity. / M. Hamilton // *Acta psychiatr.belg.* - 1984. - 84(3). - p.240-248.
129. Hannan, N. Venlafaxine—mirtazapine combination in the treatment of persistent depressive illness/ N.Hannan, Z.Hamzah, H.O. Akinpeloye, D.Meagher.// *Journal of Psychopharmacology*. – 2007. – № 21( 2). – P. 161-164.
130. Harrow, M. et al. Depression in schizophrenia: are neuroleptics, akinesia, or anhedonia involved? / M. Harrow // *Schizophrenia Bulletin*. – 1994. – T. 20. – №. 2. – p. 327.
131. Heinz, A., Knable, M.B., Coppola, R., Gorey, J.G., Jones, D.W., Lee K., Weinberger D.R. Psychomotor slowing, negative symptoms and dopamine receptor availability—an IBZM SPECT study in neuroleptic-treated and drug-free schizophrenic patients / A.Heinz, M.B. Knable, R.Coppola, J.G.Gorey, D.W.Jones, K.Lee, D.R.Weinberger// *Schizophrenia research*. -1998. -31(1).-p.19-26
132. Himmelhoch, J. M. A double-blind study of tranylcypromine treatment of major anergic depression. / J. M. Himmelhoch, C.Z.Fuchs, B.J.Symons // *The Journal of nervous and mental disease*. – 1982. –

№170(10). – P. 628-634.

133. Hinshaw, D.B. Depression, anxiety, and asthenia in advanced illness / D.B.Hinshaw, J.M.Carnahan, D.L. Johnson // Journal of the american college of surgeons. - 2002. -№195 (2), P. 271–277
134. Hoaki, N. Negative Symptoms in Schizophrenia Respond to Milnacipran Augmentation Therapy: A Case Report / N. Hoaki, T. Terao, G. Shinjiro, K. Kodama // German. J. Psychiatry. – 2009. - №12. - P. 32-34.
135. Hoffmann, G.M., Gonze J.C, Mendlewicz, J. Speech pause time as a method for the evaluation of psychomotor retardation in depressive illness / G.M.Hoffmann, J.C.Gonze, J. Mendlewicz //Br J Psychiatry.-1985. - 146 (5). p.535-538
136. Hogarty, G.E. Pharmacogenic depression among outpatient schizophrenic patients: a failure to substantiate. / G.E. Hogarty, M.R. Munetz // Journal of Clinical Psychopharmacology-1984 -№4(1). - P. 17–24
137. Howland, R.H. The use of dopaminergic and stimulant drugs for the treatment of depression / R.H. Howland // J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv. – 2012. - №50(2). – P. 11-14.
138. Hsueh, K. L., Lin P. Y. Treatment-resistant depression prior to the diagnosis of cryptococcal meningitis: a case report / K. L.Hsueh, P. Y. Lin // General hospital psychiatry. – 2010. – T. 32. – №. 5. – p. 560. e9-560. e10.
139. Huber, G. Psychiatrie: Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. / G. Huber // Stuttgart-New York. Shattauer. -1974. -219 p.
140. Janowsky, D.S. Adrenergic-cholinergic balance and the treatment of affective disorders/ D.S. Janowsky, S.C. Risch, J.C. Gillin// Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry - 1983. №7(2–3), P. 297–307.

141. Jiménez-Maldonado, M.E. Dysthymia in the Clinical Context / M.E. Jiménez-Maldonado, G.B. Gallardo-Moreno, T.Villaseñor-Cabrera, A.A. González-Garrido // *Revista Colombiana de Psiquiatría* - 2013. №42(2), P. 212–218
142. Jorge, R. E., Robinson, R. G., Arndt, S. Are There Symptoms that Are Specific for Depressed Mood in Patients with Traumatic Brain Injury? / R. E.Jorge, R. G.Robinson, S. Arndt // *The Journal of nervous and mental disease*. – 1993. – T. 181. – №. 2. – p. 91-99.
143. Kalis, A. Weakness of will, akrasia, and the neuropsychiatry of decision making: An interdisciplinary perspective / A. Kalis, A. Mojzisch, T.S. Schweizer, S. Kaiser // *Cogn. Affect. Behav. Neurosci.* – 2008. - №8. – P. 402-417.
144. Kasper, S. Comparative efficacy of antidepressants / S.Kasper, J.Fuger, H.J.Möller // *Drugs*. – 1992. – № 43(2). – P. 11-23.
145. Kelly, K. Toward achieving optimal response: understanding and managing antidepressant side effects / K. Kelly, M. Posternak, J.E. Alpert // *Dialogues. Clin. Neurosci.* – 2008. - №10(4). – P. 409-418.
146. Kessler, R.C. The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national comorbidity survey replication / R.C.Kessler, P.Berglund, O.Demler, R.Jin, D.Koretz, K.R. Merikangas, A.J.Rush, E.E. Walters, P.S. Wang // *The Journal of American Medical Association* -2003. - №289(23).
147. Lader, M.H., Wing L. Physiological measures in agitated and retarded depressed patients / M.H.Lader, L. Wing // *Journal of Psychiatric Research*. - 1969. -7(2). - p.89-100.
148. Lampe, I.K. Effects of recurrent major depressive disorder on

- behavior and cognitive function in female depressed patients / I.K. Lampe, M.M. Sitskoorn, T.J. Heeren // *Psychiatry Res.* - 2004. - №125(2). - P. 73-79.
149. Lecrubier, Y. et al. Amisulpride versus imipramine and placebo in dysthymia and major depression / Y. Lecrubier // *Journal of affective disorders.* – 1997. – T. 43. – №. 2. – P. 95-103.
150. Lindenmayer, J. P., Grochowski S., Kay S. R. Schizophrenic patients with depression: psychopathological profiles and relationship with negative symptoms/ J. P.Lindenmayer, S.Grochowski, S. R. Kay // *Comprehensive psychiatry.* – 1991. – T. 32. – №. 6. – P. 528-533.
151. Liu, X. Insomnia and hypersomnia associated with depressive phenomenology and comorbidity in childhood depression / X.Liu, D.J.Buysse, A.L.Gentzler, E.Kiss, L.Mayer et al. // *Sleep.* - 2007 Jan;30(1). - P. 83-90.
152. Loo, C.K., Sachdev P., Mitchell P.B. RTMS: A sham-controlled trial in medication-resistant depression / C.K.Loo, P.Sachdev, P.B. Mitchell // *Biological Psychiatry.*-1998. -43(8/supp.1).-P.95
153. Maes, M. Increased 8-hydroxy-deoxyguanosine, a marker of oxidative damage to DNA, in major depression and myalgic encephalomyelitis / chronic fatigue syndrome / M. Maes, I.Mihaylova, M.Kubera, M.Uytterhoeven, N.Vrydags, E.Bosmans // *Neuroendocrinology Letters.* - 2009. -№30 (6). P. 675-682.
154. Marin, R.S. Disorders of diminished motivation / R.S. Marin, P.A. Wilkosz // *J. Head Trauma Rehabil.* – 2005. - №20(4). –P. 377-388.
155. Marshall R. D., Liebowitz M. R. Paroxetine/bupropion combination treatment for refractory depression / R. D.Marshall, M. R. Liebowitz

- //Journal of clinical psychopharmacology. – 1996. – T. 16. – №. 1. – P. 80-81.
156. Martinot M.P., Bragulat V., Artiges E., Dollé F., HinnenRoland Jouvent F., Martinot J. Decreased Presynaptic Dopamine Function in the Left Caudate of Depressed Patients With Affective Flattening and Psychomotor Retardation / M.P.Martinot, V.Bragulat, E.Artiges, F.Dollé, F.HinnenRoland Jouvent, J. Martinot //The American Journal of Psychiatry. - 2001. -158(2).- p. 314-316
157. McGlashan T.H., Carpenter Jr. W.T. Postpsychotic depression in schizophrenia / T.H. McGlashan, Jr. W.T. Carpenter// Arch Gen Psychiatry. - 1976. - 33(2).-p.231-239.
158. Molina, L.S. Depressive symptoms associated with changes in circadian rhythms. Concordance in perception between doctor and patient, clinical impact and its response to current antidepressant drugs/ L.S.Molina, J.M. Montes-Rodríguez, F. Caballero-Martínez, F. Álvarez Lozano, M.G. Manrique//Revista de Psiquiatría y Salud Mental -2011. №4(1),P. 19–27.
159. Muller P. Depressive syndrome im verlauf schizophrener psychozen / P. Muller // Klinische Studie zur psychopathologie und pharmakogenese. Stuttgart: Enke.- 1981. -P.112.
160. Mullholand C., Cooper S. The symptom of depression in schizophrenia and its management / Mullholand C., Cooper S.// Advances in Psychiatric Treatment. -2000. -6(3). -p.169-177.
161. Niitsu T. et al. Fluvoxamine improved cognitive impairments in a patient with schizophrenia/ T. Niitsu //Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. – 2010. – T. 34. – №. 7. – p. 1345-1346.

162. Olbert C. M. et al. Treatment outcome variation between depression symptom combinations in the STAR\* D study / C. M. Olbert // *Journal of affective disorders*. – 2016. – T. 201. – P. 1-7.
163. Overall, J.E. Nosology of Depression and Differential Response to Drugs/ J.E. Overall, L.E. Hollister, M. Johnson, V. Pennington // *The journal of american medical association*. 1966.- №195(11). - P. 946-948.
164. Parker G., Hadzi-Pavlovic D. Brodaty H., Boyce P., Mitchell P., Wilhelm K., Hickie I., Eyers K. Psychomotor disturbance in depression: defining the constructs. / G.Parker, D. Hadzi-Pavlovic, H.Brodaty, P.Boyce, P.Mitchell, K.Wilhelm, I.Hickie, K. Eyers // *Journal of Affective Disorders*. 1993. - 27(4). - p.255-265
165. Parker G. et al. Does age impact on rating melancholic and non-melancholic depressive symptoms? / G. Parker//*Journal of affective disorders*. – 2013. – T. 147. – №. 1. – P. 318-324.
166. Paykel E.S. Depression: major problem for public health/ E.S.Paykel // *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* — 2006. -№15(1). -P. 4–10
167. Pier M.P., Hulstijn W., Sabbe B.G. Differential patterns of psychomotor functioning in unmedicated melancholic and nonmelancholic depressed patients / M.P.Pier, W.Hulstijn, B.G. Sabbe // *Journal of Psychiatric Research*. . -2004.- 38 (4).p.425–435.
168. Pier M.P., Hulstijn W., Van Hoof J.,Sabbe B.G. Psychomotor retardation in depression assessed by visuomotor tasks. Overview and achievements of ten years' research./Pier M.P., Hulstijn W., Van Hoof J.,Sabbe B.G.// *Tijdschrift Voor Psychiatrie*.- 2006.- 48(2)-p.95-106
169. Pedrelli, P. Relationship between residual symptoms of depression and self-reported cognitive impairment / P. Pedrelli, L. Baer, D.V. Losifescu, M.

- Fava // CNS. Spectr. - 2010. - №15(1). – P. 46-51.
170. Preve, M. Venlafaxine in somatopsychic and autopsychic depersonalization/M.Preve, M.Mula, G.B. Cassano, S.Pini// Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry - 2011. №35 (8), P.1808–1809
171. Quintin, P. Efficacy of atypical antipsychotics in depressive syndromes / P. Quintin, P. Thomas // Encephale. – 2004. - №30(6). - P. 583-589.
172. Rampello, L. Dopaminergic hypothesis for retarded depression: a symptom profile for predicting therapeutical responses/ Rampello, G. Nicoletti, R. Raffaele//Acta Psychiatrica Scandinavica. - 1991. - №84(6). - P. 552–554.
173. Razavi N., Horn H., Koschorke P.Measuring motor activity in major depression: The association between the Hamilton Depression Rating Scale and actigraphy. / Razavi N., Horn H., Koschorke P. // Psychiatry Research. - 2011.-190(2–3).-p. 212–216
174. Reimherr, F.W. Optimal length of continuation therapy in depression: a prospective assessment during long-term fluoxetine treatment/ F.W.Reimherr, J.D.Amsterdam, F.M.Quitkin, J.F.Rosenbaum, M.Fava, J.Zajacka, C.M.Beasley Jr, D.Michelson, P.Roback, K.Sundell// The American Journal of Psychiatry. -1998.- 155(9). - P. 1247-1253.
175. Ridsdale L., Hurley M., King M., McCrone P., Donaldson N. The effect of counselling, graded exercise and usual care for people with chronic fatigue in primary care: a randomized trial /Ridsdale L., Hurley M., King M., McCrone P., Donaldson N.// Psychological Medicine.-2012.- 42.- p.2217–2224.

176. Royant-Parola S., Borbely A.A. Monitoring of long-term motor activity in depressed patients / Royant-Parola S., Borbely A.A // The British Journal of Psychiatry. -1986.-149(3).-p. 288-293
177. Sabbe B., Hulstijn W., Van Hoof J., Zitman F. Fine motor retardation and depression / Sabbe B., Hulstijn W., Van Hoof J., Zitman F. // Journal of Psychiatric Research.-1996.- 30(4).-p.295–306
178. Sachdev P., Aniss A.M. Slowness of movement in melancholic depression / Sachdev P., Aniss A.M. // Biological Psychiatry.-1994.- 35(4).- p. 253–262
179. Sahlem G. L. et al. Adjunctive triple chronotherapy (combined total sleep deprivation, sleep phase advance, and bright light therapy) rapidly improves mood and suicidality in suicidal depressed inpatients: an open label pilot study / Sahlem G. L. //Journal of psychiatric research. – 2014. – T. 59. – P. 101-107.
180. Salamone J. D. Dopamine, effort, and decision making: theoretical comment on Bardgett et al.(2009). – 2009.
181. Salamone, J.D. Motor Function and Motivation/J.D. Salamone// Encyclopedia of Behavioral Neuroscience -2010. -P. 267–272
182. Salamone, J.D. Neurobiological basis of motivational deficits in psychopathology/ J.D.Salamone, I. Koychev, M.Correa, P.McGuire // European Neuropsychopharmacology -2015. -№25(8), P. 1225–1238
183. Sawa, M. Depressive symptoms and apathy are associated with psychomotor slowness and frontal activation / M. Sawa, H. Yamashita, K. Fujimaki, G. Okada, T. Takahashi, S. Yamawaki // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. – 2012. - №262(6). – P. 493-499.

184. Schrijvers D., Hulstijn W. Psychomotor symptoms in depression: A diagnostic, pathophysiological and therapeutic tool./ Schrijvers D., Hulstijn W. // Journal of Affective Disorders.-2008.-109 (1–2).-p.1–20
185. Schrijvers D., Van Den Eede F., Maas Y., Cosyns P., Hulstijn W., Sabbe B.G. C. Psychomotor functioning in chronic fatigue syndrome and major depressive disorder: A comparative study / Schrijvers D., Van Den Eede F., Maas Y., Cosyns P., Hulstijn W., Sabbe B.G. C. // Journal of Affective Disorders. - 2009.- 115(1–2).-P. 46–53
186. Shanfield S. The schizophrenic patient and depressive symptomatology/ S.Shanfield, G.J.Tucker, M.Harrow, T.Detre//Journal of Nervous & Mental Disease — 1970. - №151(3). -P. 198–207
187. Smith M. J. et al. Retardation of mentation in depressives: Posner's covert orientation of visual attention test / Smith M. J. //Journal of affective disorders. – 1995. – T. 35. – №. 3. – P. 107-115.
188. Sobin C., Sackeim H.A. Psychomotor symptoms of depression / Sobin C., Sackeim H.A. // American Journal of Psychiatry. -1997.- 154(1).-P.4-17.
189. Soza Ried, A.M. Asymmetries of vestibular dysfunction in major depression / A.M.Soza Ried, M. Aviles // Neuroscience -2007.- №144(1). -P. 128–134
190. Starkstein S. E. et al. Specificity of affective and autonomic symptoms of depression in Parkinson's disease/ Starkstein S. E. //Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. – 1990. – T. 53. – №. 10. – P. 869-873.
191. Stoy M. et al. Hyporeactivity of ventral striatum towards incentive stimuli in unmedicated depressed patients normalizes after treatment with escitalopram/ Stoy M. //Journal of psychopharmacology. – 2012. – T. 26. – №. 5. – P. 677-688.

192. Strober M., Pataki C., DeAntonio M. Complete remission of treatment resistant severe melancholia in adolescents with phenelzine: Two case reports/ Strober M., Pataki C., DeAntonio M. //Journal of affective disorders. – 1998. – T. 50. – №. 1. – P. 55-58.
193. Swann A.C., Katz M.M., Bowden C.L., Berman N.G.,Stokes P.E. Psychomotor performance and monoamine function in bipolar and unipolar affective disorders / SwannA.C., Katz M.M., Bowden C.L., Berman N.G.,Stokes P.E. // Biological Psychiatry. -1999.-45(8):-P.979–988
194. Taylor, D.J. Which depressive symptoms remain after response to cognitive therapy of depression and predict relapse and recurrence?/D.J. Taylor, H.M. Walters, J.R. Vittengl, S. Krebaum, R.B. Jarrett// Journal of Affective Disorders — 2010. №123 (1–3). P. 181–187
195. Vollmayr, B. Stress models of depression/ B.Vollmayr, F.A. Henn// Clinical Neuroscience Research - 2003. № 3(3-4), P. 245–251
196. Van Putten, T., May, P. R. A. Akinetic depression in schizophrenia / T. Van Putten, P. R. A. May // Arch Gen Psychiatry. - 1978.-35(9).- p.1101-1107.
197. Von Logau F. Tranylcypromine versus imipramine in anergic bipolar depression / F. Von Logau//Am J Psychiatry. – 1991. – T. 148. – №. 7.-P.76
198. Wang Y. et al. Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: a componential view / Y. Wang // Psychiatry research. – 2008. – T. 161. – №. 2. – P. 153-161.
199. White P. D., Goldsmith K., Johnson A. L., Chalder T., Sharpe M. Recovery from chronic fatigue syndrome after treatments given in the PACE trial. / White P. D., Goldsmith K., Johnson A. L., Chalder T., Sharpe M. //Psychological Medicine. -2013.-43(10).-p.2227-2235.

200. Weiden, P. J. Obesity as a risk factor for antipsychotic noncompliance/ P.J. Weiden, J.A. Mackell, D.D. McDonnell // Schizophrenia Research. 2004. - 66.-P.51-57.
201. Weitbrecht, H.J. Die chronische depression / H.J. Weitbrecht // Wien Z. Nervenheilk. – 1967. - №24. - P.265-281
202. Weisz J. R. et al. Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial / J. R. Weisz //Archives of general psychiatry. – 2012. – T. 69. – №. 3. – P. 274-282.
203. Yohn S.E. The role of dopamine D1 receptor transmission in effort-related choice behavior: Effects of D1 agonists/ S.E. Yohn, J.L. Santerre, E.J. Nunes, R.Kozak, S.J. Podurriel, M.Correa, J. D. Salamone// Pharmacology Biochemistry and Behavior — 2015. -№ 135, P. 217–226
204. Yohn S.E, Collins S.L., Contreras-Mora H.M., Errante E.L., Rowland M.A., Correa M., Salamone J.D. Not all antidepressants are Created Equal: Differential Effects of Monoamine Uptake Inhibitors on Effort-Related Choice Behavior. / Yohn S.E, Collins S.L., Contreras-Mora H.M., Errante E.L., Rowland M.A., Correa M., Salamone J.D. // Neuropsychopharmacology.- 2015.- 40(9).-P. 2240-2247
205. Yohn S. E. et al. Evaluation of The Effort-Related Motivational Effects Of The Novel Dopamine Uptake Inhibitor Prx-14040/ Augustyna Gogoj, Aileen Haque, Laura Lopez-Cruz, Allison Haley, Philip Huxley, Patricia Baskin, Merce Correa, John D. Salamone //Pharmacology Biochemistry and Behavior. – 2016.-P.345
206. Zisook S. et al. Depressive symptom patterns in patients with chronic schizophrenia and subsyndromal depression/ S. Zisook //Schizophrenia

research. – 2006. – T. 86. – №. 1. – P. 226-233.