

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

На правах рукописи

КОЛЯГО ОЛЕГ ОЛЕГОВИЧ

**ВОПРОСЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ, КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ СВЕРХЦЕННЫХ
ОБРАЗОВАНИЙ В СТРУКТУРЕ ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИИ**

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 – 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. Обзор литературы.....	13
ГЛАВА 2. Характеристика материала и методы исследования.....	32
ГЛАВА 3. Клинико-психопатологические особенности сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии.....	39
3.1. Общие феноменологические и психопатологические характеристики синдрома сверхценных образований.....	39
3.2. Аффект-аффилированный тип развития сверхценных образований.....	45
3.3. Аффект-ассоциированный тип развития сверхценных образований.....	48
3.4. Аффект-диссоциированный тип развития сверхценных образований.....	52
ГЛАВА 4. Клинические особенности течения эндогенных депрессий, в рамках которых развиваются сверхценные образования, вопросы нозологической оценки и прогноза.....	57
4.1. Клинические особенности эндогенных заболеваний аффективного круга со сверхценными расстройствами в структуре депрессии.....	62
4.1.1. Клинические особенности депрессий со сверхценными расстройствами у пациентов с акцентуацией личности.....	67
4.2. Клинические особенности малопрогрессирующей шизофрении со сверхценными образованиями в структуре депрессивных состояний.....	72

ГЛАВА 5. Структура и динамика особенностей когнитивных процессов у пациентов со сверхценными образованиями в структуре эндогенной депрессии.....	82
ГЛАВА 6. Клинический опыт терапии эндогенных депрессий со сверхценными образованиями. Практические рекомендации.....	92
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	102
ВЫВОДЫ	113
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ	117
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	118
ПРИЛОЖЕНИЯ	140

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы исследования

Проблема всестороннего исследования депрессий неизменно остается одной из самых актуальных в отечественной и зарубежной психиатрии (Дикая Т.И. [33]; Гедевани Е.В. [22-23]; Смулевич А.Б. [102]; Сорокин С.А. [104]; Brewin С. [140]). Во многом это связано с высокой распространённостью депрессивных расстройств, которые на сегодняшний день занимают четвертое место среди всех причин заболеваемости и смертности в общемировой популяции (Вертоградова О.П. [16]; Михайлов Б.В. [75]; Carney R.M. [114]). Распространённость депрессий в различных странах мира составляет от 2,6% до 29,5%, причем около 40% депрессивных расстройств приходится на долю эндогенных депрессий (ВОЗ [18]; Cassano P. [145]). Однако значительные диагностические трудности возникают при установлении генеза депрессивных состояний, их нозологической оценке (Кошкин К.А. [57-58]; Краснов В.Н. [60]; Charney D.S. [146]). Выделяя различные формы депрессивных состояний, придавалось большое значение анализу атипичности и полиморфизму проявлений, которые, как правило, существенно затрудняли диагностику этих случаев (Краснов В.Н. [61]; Grote NK. [162]). В связи с этим, наряду с характеристикой синдрома, важным является также установление и детальное описание психопатологических расстройств, позволяющих обнаружить патогенетические механизмы, коррелирующие с прогнозом заболевания в целом (Гаранян Н.Г. [20]; Bair M.J. [128]).

В этом плане представляет интерес вопрос о психопатологической сущности сверхценных идей, выявляемых в структуре эндогенной депрессии. Несмотря на единый для всех сверхценных идей кататимный механизм образования, выделенные их формы существенно различаются и по проявлению и по структуре, а вопрос их сопряженности с депрессивным симптомокомплексом относится к недостаточно разработанным (Бебуришвили А.А. [6]; Брагин Р.Б. [10]). Ряд авторов рассматривают сверхценные идеи в качестве расстройств, относящихся как к психотическому, так и пограничному кругу расстройств (Аменицкий Д.А. [2]; Ковалев В.В. [51];

Пятницкий Н.Ю. [88]; Vjornsson A.S. [134]). В доступной психиатрической литературе не имеется результатов комплексных репрезентативных исследований, посвященных определению частоты возникновения и распространенности сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии, на что указывалось многими авторами (Bohne A. [137]; Cansever A. [143]; Hrabosky J.I. [171]). Предполагается, это связано и с тем, что большую часть времени сверхценные образования рассматривались как неспецифические в нозологическом отношении (Морозов В.М. [79]; Пятницкий Н.Ю. [88]; Cicchetti D. [148]). Остается актуальной проблема отграничения сверхценных образований от навязчивых представлений (Аменицкий Д.А. [3]; Eisen J.L. [153]), сверхценного бреда и бредовых идей (Тиганов А.С. [112]; Ткаченко А.А. [115]; Mullen R. [195]).

В отношении сверхценных идей изучение психопатологических особенностей является необходимостью, диктуемой отсутствием единства в понимании существенных вопросов, таких как объем понятия, границы, основные признаки, критерии отграничения (Брагин Р.Б. [11]; Исаченкова М.П. [45]; Степанова Л.Н. [107]; Creed F.A. [151]). В синдромологически ориентированной МКБ-10 диагностика и обозначения сверхценных идей вообще не находят своего отражения, их констатация в клинической картине заболевания перекрывается другими психопатологическими расстройствами (МКБ-10[76]).

Важность решения этих вопросов связана с тем исключительным местом, которое сверхценные идеи занимают на грани непсихотических и психотических расстройств (Брагин Р.Б. [12]; Жмуров В.А. [38]). Прогностические тенденции сопряжены с вероятностью перехода сверхценных образований от пограничного к психотическому кругу расстройств. В связи с этим рядом авторов признается необходимость проведения клинико-психопатологического исследования данного синдрома (Зайцев В.В. [39]; Пятницкий Н.Ю. [89]; Santín J.M. [214]).

Остаются недостаточно изученными и проблемы соотношения и взаимовлияния сверхценных образований и депрессивных расстройств. Отход, в последние годы, от психопатологического и феноменологического подходов в пользу стандартизированных оценочных опросников закономерно приводит к малой

информированности и недостаточных представлениях исследователей и клиницистов о внутренней структуре синдрома, его компонентах и динамике. Также необходимо отметить отсутствие верифицированных наблюдений относительно структуры преморбидного и доманифестного этапов депрессий, протекающих со сверхценными симптомокомплексами, их влияние на последующее течение и прогноз в целом.

Многими авторами (Мазо Г.Э. [68]; Смулевич А.Б. [102]; Hegerl U. [166]; Howland R.H. [170]; Ipser J.C. [172]; Powers R.H. [210]) признается сложность подбора терапевтической тактики с учетом формирования сверхценного симптомокомплекса в структуре депрессии.

Целью настоящего исследования является определение психопатологических особенностей сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии, разработка их типологии, обоснование критериев дифференциальной диагностики, прогноза и терапевтических подходов.

Задачи исследования:

1. Изучить феноменологические, психопатологические особенности и динамику сверхценных образований, возникающих на различных этапах эндогенной депрессии.
2. Разработать психопатологическую типологию феномена сверхценных образований, изучить прогностические тенденции.
3. Проанализировать клинико-патогенетические параметры формирования сверхценных расстройств в структуре эндогенной депрессии.
4. Определить нозологическую принадлежность депрессий со сверхценными расстройствами при основных эндогенных заболеваниях, выявить особенности течения данных заболеваний.
5. Провести сопоставление нозологических форм с выделенными типологическими вариантами депрессий со сверхценными образованиями, выявить различия, имеющие дифференциально-диагностическое и прогностическое

значение.

6. Выявить особенности когнитивных расстройств в структуре эндогенных депрессий с синдромом сверхценных образований с привлечением нейропсихологического метода.

7. Разработать предпочтительные подходы к выбору медикаментозной терапевтической тактики при лечении депрессий со сверхценными образованиями.

8. Обосновать включение психотерапевтических и социо-реабилитационных мероприятий в комплекс терапевтического вмешательства при эндогенных депрессиях со сверхценными расстройствами.

Научная новизна исследования

Впервые проведено клинико-психопатологическое исследование контингента больных зрелого возраста с синдромом сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии, в результате чего были выявлены различия как в психопатологических проявлениях сверхценных образований, их тематике, закономерности развития, так и в связи с депрессивным аффектом и преморбидными особенностями, что позволило предположить вовлеченность в их развитие различных факторов. Исходя из варианта взаимосвязи сверхценных образований и депрессивного аффекта, были выделены три ведущих механизма, послужившие основанием типологического деления сверхценных образований, формирующихся при эндогенной депрессии: аффект-аффилированный (имеется тесная динамическая связь с аффектом), аффект-ассоциированный (имеется ограниченная связь с аффектом) и аффект-диссоциированный (в динамике утрачивается связь с аффектом) механизмы. Выделенные типологические конструкции сверхценных образований в рамках эндогенной депрессии, в основании которых положен механизм взаимодействия с собственно тимическими расстройствами, представляются клинически обоснованными. Проведенное исследование позволило выявить предпочтительные типы динамики развития синдрома сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии при аффективных заболеваниях и шизофрении, что имеет прогностическое значение и

влияет на выбор терапевтической тактики. С привлечением нейропсихологического метода обследования выявлены особенности нарушения когнитивных функций, специфичных для больных на этапе депрессивного эпизода с формированием сверхценных образований, и установлено влияние сверхценных расстройств на высшие психические функции. Были разработаны основы персонифицированной психофармакологической помощи, которая учитывает вариант взаимосвязи сверхценных образований и депрессивного аффекта, а также клинические особенности заболевания, в рамках которого развиваются данные состояния.

Теоретическая значимость исследования

Результаты проведенного исследования вносят научный вклад в развитие учения об аффективной психической патологии, детализируют особенности психопатологической структуры и течения депрессий с феноменом сверхценных образований в их структуре, как в рамках эндогенных заболеваний аффективного круга, так и шизофрении. Выявление психопатологических особенностей сверхценных образований, различий механизмов их формирования позволили разработать их типологию, имеющую диагностическое значение, способствующую клиническому разграничению подобных состояний и выбору терапевтической тактики. Полученные данные о закономерностях течения заболевания к моменту катамнестического наблюдения отражают гетерогенность изученных состояний, способствуют решению сложных прогностических задач, возникающих при распознавании и клинической картине депрессий с синдромом сверхценных образований. При помощи нейропсихологического метода обследования установлено, что сверхценные образования являются важным фактором, оказывающим влияние на степень выраженности когнитивных нарушений у пациентов с депрессией, в частности особо ярко это проявляется в регуляторной сфере и сфере слухоречевой памяти, что свидетельствует о слабости функций лобной сферы. Полученные результаты имеют теоретическую значимость и представляются перспективными для дальнейших разработок.

Практическая значимость исследования

Полученные в процессе проведенного исследования данные способствуют решению задач, связанных со своевременной диагностикой и определением индивидуального прогноза при формировании сверхценных образований в структуре депрессии. Предложенная типология, а также выявленные клинико-динамические особенности изученных состояний, помогают выработать персонифицированный подход к решению вопросов, касающихся комплексной терапии. Разработанные рекомендации по дифференцированной психофармако- и психокоррекционной терапии и оказанию социально-реабилитационной помощи пациентам со сверхценными расстройствами в структуре эндогенной депрессии как на этапе госпитальной помощи, так и после выписки из стационара будут способствовать оптимизации оказываемой им специализированной медицинской помощи. Результаты, полученные в данной диссертационной работе, могут использоваться при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, медицинских психологов. Методологические принципы, на базе которых построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-практических разработок в данной области.

Методология и методы исследования

В качестве теоретической и методической основы исследования выступали труды отечественных и зарубежных психиатров, как современные, так и классические работы, посвященные изучению клиническо-динамических особенностей эндогенных заболеваний со сверхценными расстройствами, а также патопластическому влиянию сверхценных образований на клинику и течение заболевания в целом. В диссертационной работе осуществлялась формирование выборки пациентов с феноменом сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии, находящихся на лечении в клинике ФГБНУ НЦПЗ (директор – д.м.н., профессор Т.П. Ключник). Исследование выполнено в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (научный руководитель – академик РАН, профессор А.С. Тиганов) в период с октября 2014 по

март 2017 г. Общая когорта пациентов составила 71 пациент (32 мужчины, 39 женщин) в возрасте от 25 до 55 лет, находящихся на госпитальном лечении или амбулаторном наблюдении, в связи с эндогенным аффективным расстройством или шизофренией на этапе текущего депрессивного эпизода, протекающего с формированием сверхценных образований в его структуре.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, статистический, нейропсихологический.

Критерии включения: возраст от 25-55 лет; наличие депрессивного состояния, формирующегося в рамках фазы или приступа аффективных заболеваний (F31.3, F31.4, F32.0, F32.1, F32.2, F33.0, F33.1, F33.2, F34.0, F34.1 по МКБ-10) и шизофрении (F20, F21 по МКБ-10); наличие синдрома сверхценных образований в клинической картине депрессии.

Критерии исключения: возраст пациентов моложе 25 лет и старше 55 лет; наличие в статусе признаков острого или хронического психоза; наличие органической психической патологии (F00-09); психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (F10-19); умственная отсталость (F70-79); специфические для депрессивного аффекта сверхценные идеи малоценности (самоуничужения) и самообвинения.

Основные положения, выносимые на защиту

- 1.** Выделенные типологические конструкции сверхценных образований в рамках эндогенной депрессии, в основании которых положен механизм взаимодействия с собственно тимическими расстройствами, представляются клинически обоснованными.
- 2.** Феномен сверхценных образований, формирующийся в структуре эндогенных депрессий, отличается гетерогенностью, при этом имеются корреляции между

особенностями психопатологической структуры сверхценных образований и особенностями психопатологических состояний, в рамках которых они развиваются.

3. Различия как в психопатологических проявлениях сверхценных образований, их тематике, закономерностях развития, а также корреляции с депрессивным аффектом и преморбидными особенностями позволяют предположить вовлеченность в их формирование принципиально различных механизмов.

4. Специфика сверхценных образований и особенности их динамики в структуре эндогенных депрессий определяют различную прогностическую значимость и свидетельствуют о различной нозологической принадлежности.

5. Типологическая разновидность развития феномена сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии определяет выбор дифференцированной терапевтической тактики.

Достоверность научных положений и выводов

Репрезентативность материала, комплексная методика обследования, включающая сочетание клинико-психопатологического, катamnестического, нейропсихологического и статистического методов обеспечивают достоверность научных положений и выводов.

Апробация результатов исследования

Результаты исследования изложены в 3-х 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 ФГБНУ НЦПЗ (22 мая 2016 г.), на Всероссийской школе молодых ученых в области психического здоровья (Кострома 2016). Апробация диссертации состоялась 28 сентября 2017 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 177 страницах машинописного текста (основной текст 139 страниц, приложение 37 страниц) и состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Библиографический указатель содержит 226 наименований (из них отечественных авторов - 120, иностранных – 106). Приведено 6 таблиц, 8 рисунков и 3 клинических наблюдения.

ГЛАВА 1

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Проблемы изучения аспектов феноменологии эндогенной депрессий на протяжении последних десятилетий занимают значительное место в работах зарубежных и отечественных клиницистов (Гедевани Е.В. [24]; Сорокин С.А. [105]; Andrews G. [123]; Ferguson E. [155]). Подобный интерес связан, прежде всего, с высокой распространенностью собственно депрессивных расстройств, от которых, по оценкам Всемирной организации здравоохранения, страдает порядка 350 миллионов человек (ВОЗ[18]). Возникая у наиболее трудоспособной когорты населения (20—40 лет), депрессия становится тяжелым экономическим грузом, снижая качество жизни, уровень социального функционирования и адаптации у соответствующих групп пациентов (Куприянова И.Е. [64]; Семке В.Я. [94]; Суровцева А.К. [110]; Madabushi R. [183]; McKnight P.E. [188]; Nease D.J. [196]; Parker G. [199]; Rost K. [211]; Smith D.J. [217]; Swenson J.R. [218]; Thomas C. [219]). По данным иностранных источников даже в развитых странах около половины людей, которые страдают депрессией, ввиду различных причин не обращаются за медицинской помощью; а у 25–30 % больных, которые обратились за помощью, устанавливается диагноз соматического заболевания (Grote N.K. [162]; Hattori H. [165]; Henkel V. [167]; Oxman T.E. [198]; Serby M. [215]; Wittchen H.U. [226]). Так, терапию получают не более 10–15 % больных, а лечение у психиатра - лишь 0,3 % от числа этих пациентов. (Gariépy G. [159]; Kennedy S. [179]; Kisely S. [178]; Möller H.J. [166]; Patten S.B. [202]; Simon G. [216]).

Эпидемиологические и клинические исследования последних лет показали, что эндогенные депрессии представляют собой достаточно гетерогенную группу расстройств (Баранов П.А. [5]; Дмитриева Т.Б. [35]; Корень С.В. [54]; Смулевич А. Б. [103]; Ahern E. [124]; Anandakumar D. [122]; Henningsen P. [169]; Kessler R.C. [177]; Mathersul D. [186]). Кроме того, анализ клинической картины депрессий обнаруживает значительный полиморфизм, что создает существенные трудности, в отношении как диагностики этих состояний, так и решении вопросов прогноза и

лечения (Носачев Г.Н. [82]; Смулевич А.Б. [103]; Тиганов А.С. [113]; Barbui С. [129]; Benoit M. [131]; Cheng S.T. [147]; Coyne J.C. [150]; Gilbody S. [161]; Kisely S. [178]; McAllister-Williams R.H. [187]).

Исследуя психопатологическую структуру эндогенной депрессии, нередко на первый план выходят расстройства других регистров, зачастую коррелирующие с прогнозом заболевания в целом (Bohman H. [136]; Lucchelli J.P. [182]). В этом плане представляет интерес вопрос о психопатологической дифференциации сверхценных образований, выявляемых в структуре эндогенной депрессии.

Данная проблема до настоящего времени остается одной из наименее изученных в клинике психиатрии. В первую очередь наиболее спорным аспектом проблемы представляется вопрос разграничения и типологизации сверхценных образований. Представляется недостаточно разработанными и аргументированными позиции соотнесения места сверхценных расстройств относительно структуры депрессий, а также установлению критериев, границы по определению синдрома сверхценных образований в разделе общей психопатологии (Брагин Р.Б. [13-14]; Будаев Н.Н. [15]; Borda T. [139]; Mullen R. [195]; Phillips K.A. [205-207]; Veale D.B. [224]). В частности, в синдромологически ориентированной МКБ-10 отсутствует упоминание сверхценных образований, таким образом, диагностика и кодирование сверхценных идей перекрывается другими психопатологическими единицами (Брагин Р.Б. [12]; Becker A.E. [130]; Santín J.M. [214]). Изучение эндогенных депрессий, в структуре которых сверхценные расстройства занимают основное место, отмечено многими авторами (Бебуришвили А.А. [7]; Брагин Р.Б. [10]; Fuchs T. [157]; Hartmann A.S. [164]; Mountjoy R.L. [194]).

Изучение сверхценных образований считаем правильным начать с анализа позиций понимания границ понятия, основных критериев диагностики и психопатологических особенностей феномена сверхценных образований. С. Wernicke в 1892 г., вводя в психиатрию данный термин определял сверхценную идею как «воспоминание о каком-либо особенно аффективно заряженном переживании или о целом ряде подобных, связанных между собой переживаний»

(Wernicke С. [225]). Понимая нечеткость определения, позднее он описал еще один признак, который характеризует сверхценные идеи – «негативную фальсификацию воспоминаний», при котором отдельные поступки и представления, имевшие место при видимой ясности сознания, из памяти стираются, в то время как события во временном соседстве помнятся с точностью. Следует отметить, что С. Wernicke подразделял сверхценные идеи на «нормальные» и «патологические» (болезненные), при этом выделяя отличительные признаки в соответствии и несоответствии мотива и аффективного переживания, вызванного им, а также в возникновении психотических симптомов, а именно бредовых идей.

J.Baillarger, определяя «*idée fixe*» основным феноменом моноμανии, полагал что данные расстройства могли существовать изолированно, наряду с «сохранностью здравых суждений» (Baillarger J. [127]). Если же патологические идеи при моноμανии были неотделимы от аффекта, то этими идеями утрачивалась способность к «обновлению» и формировалось «господство над сознанием больного», вследствие чего тот оказывался не в состоянии «избавиться от них волевым усилием». Несколько позже J.Baillarger в своей работе описал механизм формирования фиксированных идей при моноμανии, однако при этом не раскрыл психопатологическую сущность феномена.

Весьма важный вклад в изучении структуры сверхценных образований связан с именем К. Jaspers*а, который под сверхценными образованиями предлагал понимать «убеждения, которые подчеркнуты очень сильным аффектом, понятным с точки зрения личности и ее судьбы» (Jaspers К. [120,173]). Эти убеждения, вследствие сильного аффективного заряда, ошибочно считаются субъектом истинными. К. Jaspers полагал, что в основании феномена лежит отождествление личности с идеей. Важным представляется и то, что, по его мнению, сверхценные образования развиваются в основном у здоровых людей, хотя не исключал и возможность наличия некоторых признаков расстройства личности, при этом настаивая на строгом разделении сверхценных идей от бредовых. В определении, данном К. Jaspers*ом, подчеркивается роль личностного фактора. Автор указывал, что сверхценные образования основаны на действительных, реально существующих

идеях, получающих развитие понятным образом из ресурса личности и актуальности ситуации. Таким образом, был введен критерий психологической «понятности» сверхценных идей и показана их тесная связь с личностными особенностями.

Однако, отчасти оспаривая позицию К. Jaspers*а, П.Б. Ганнушкин в своих работах писал, что развитие сверхценных идей трудно объяснить лишь психопатическим складом личности, предлагая учитывать значение тех или иных «узкоорганических факторов» (Ганнушкин П.Б. [19]).

В свою очередь, О. Bumke описывал сверхценные идеи как «мысли или группы мыслей (комплексы), которые достигают перевеса благодаря своему аффективному тону и удерживают этот перевес стойко на длительный срок» (Bumke O. [142]). О. Bumke считал патологическими не все сверхценные идеи, им не исключалась возможность, что сверхценные образования могут возникать и в норме; он подчеркивал, что о сверхценных идеях речь может идти лишь при условии «логической связанности», внешней правдоподобности, реальности этих идей. Позиция О. Bumke заключалась в том, что чем интенсивнее «аффективный тон» данных мыслей и чем меньше «логической связанности», тем больше вероятность перехода сверхценных идей в бредовое представление. Позднее им были выделены - активный и пассивный варианты сверхценных идей, автор полагал, что данная градация представляет собой этапы формирования указанных расстройств. Следуя за своими предшественниками в изучении этого вопроса, О. Bumke допускал, что на специфику той почвы, на которой возникают сверхценные идеи, в большой степени оказывают влияние особенности конституционального склада личности, особенности воспитания, определенные семейные условия, а также политические взгляды и предрассудки.

Е. Bleuler под сверхценными идеями понимал настойчиво всплывающие и выходящие на первый план идеи в виде аффективно окрашенных воспоминаний (Bleuler E. [135]). Важным критерием при диагностике указанных состояний ему представлялось то, что «сверхценные идеи не воспринимаются субъектом как чуждые, насильственно навязанные или болезненные», «они полностью срастаются

с личностью и отличаются от обычных идей тем, что от них в течение долгого времени не удается избавиться». К. Birnbaum определял сверхценные идеи как преобладающие над остальными мыслями благодаря своему аффективному тону (Birnbaum К. [132]). В более поздних работах К. Birnbaum описал «психические комплексы» - «задержанный отзвук психической травмы, аффективно насыщенные отражения жизненных отношений и связанных с ними внутренних установок». По мнению Е. Kretschmer*а сверхценные идеи относятся к ряду важнейших побудителей человеческих действий, являясь нормальным продуктом психической деятельности человека (Kretschmer Е. [180]). Он характеризовал сверхценные образования как разновидность интенсивных аффективных переживаний, которые встречаются в норме у любого индивидуума.

По определению А. В. Снежневского сверхценные идеи являются суждениями, которые возникли в результате реальных обстоятельств, но заняли в дальнейшем не соответствующее их значению преобладающее положение в сознании с развитием чрезмерного эмоционального напряжения, при этом подчеркивалось, что характерной особенностью сверхценных идей является безудержное фантазирование, которым они сопровождаются (Снежневский А.В. [104]). По мнению А. В. Снежневского сверхценные идеи возникают как патологические преобразования (нередко запоздалые) естественной реакции на реально произошедшие события.

Ю. С. Савенко подчеркивал, что при всем многообразии признаков сверхценных идей, они могут быть сведены к основной триаде: доминирование в сознании, психологическая понятность, наличие неиссякаемой аффективной напряженности (Савенко Ю.С. [93]).

По мнению И. И. Сергеева и С. А. Малиночки сверхценные идеи – это идеи, которые занимают центральное положение в деятельности в силу интенсивной аффективной окраски, возникают в связи с реальными психотравмирующими факторами с дальнейшим отрывом от них (Малиночка С.А. [71]; Сергеев И.И. [97]). Также сверхценные идеи характеризуются невозможностью критической оценки, понятностью с учетом психологических качеств личности, неадекватностью по

степени выраженности, монотематичностью и способностью дезадаптировать в социальной сфере.

В своих работах А. С. Тиганов, характеризуя сверхценные идеи, указывал, что синдром сверхценных образований – это состояние, при котором суждение, возникшее вследствие реальных обстоятельств и на основе действительных фактов, приобретает в сознании больного господствующее, не соответствующее их истинному значению место (Тиганов А.С. [90]). При этом подчеркивается, что сверхценные идеи, как правило, сопровождаются аффективным напряжением.

Такое разнообразие в определении понятия сверхценных идей во многом отражает разницу во взглядах на патогенетическую природу этих состояний (Overholser J.C. [197]; Phillipou A. [204]; Santín J.M. [214]; Thompson C.M. [220]). Традиционно в общей психопатологии сверхценные идеи рассматриваются как расстройства мышления, однако существует точка зрения, что в основе механизма образования данного феномена большую роль занимают аффективные, поведенческие, мотивационные расстройства (Илюшина Е.А. [41-42]; Меграбян А.А. [72]; Ткаченко А.А. [115]). Так А. А. Перельман, придерживался мнения, что формально мышление при сверхценных идеях не нарушается (Перельман А.А. [115]).

Исследуя механизмы образования сверхценных идей, следует обратиться к введенному Н. W. Maier*ом термину «кататимия», который он определял как «влияние эмоциональных факторов (аффектов) и амбивалентных стремлений (чувств, желаний, опасений) на содержание, характер и течение мыслительных процессов», другими словами при кататимном механизме интенсивный аффект способствует фиксации соответствующих ассоциаций, которые приобретают для субъекта все большую значимость (Maier H.W. [184]). Таким образом, образование сверхценных идеи происходит под преобладающим влиянием кататимных механизмов. Не оспаривая данное положение, а скорее уточняя его, Е.А. Илюшина на основании своих исследований делает вывод, что при формировании сверхценных образований не так важна модальность эмоции, как ее интенсивность,

а при изучении особенностей механизмов синдромаобразования бредовых и бредоподобных идей кататимный механизм образования оказывается характерен только для формирования сверхценных идей, что обусловлено ригидностью аффекта, предвзятостью и односторонностью мышления (Илюшина Е.А. [43]).

Таким образом, в целом, отмечается единообразие в трактовке психопатологического понятия сверхценного образования. Исследования, посвященные поиску условий возникновения сверхценных образований представляют особый интерес. Положение о необходимости определенной конституциональной «почвы» для формирования и развития сверхценных образований является общепризнанным (Брагин Р.Б. [10]; Ганнушкин П.Б. [19]; Степанова Л.Н. [108]; Jaspers К. [173]). Была прослежена определенная предрасположенность к возникновению сверхценных идей при психопатиях. Представленные в литературе варианты патохарактерологических радикалов, которые служат благоприятной основой для возникновения сверхценных идей, отличаются значительным разнообразием. Сверхценные идеи отмечались при паранойяльной психопатии, в рамках психопатий эпилептоидного, шизоидного, астенического, психастенического, истерического круга. Психосоциальные факторы являются не менее значимыми в процессе формирования сверхценных образований. А.А. Бесчасный с соавт. в своих работах указывали на «высокий уровень пограничной психопатологической «наследственной отягощенности»» у лиц, склонных к формированию сверхценных идей (Бесчасный А.А. [8]; Сергеев И.И. [97]; Малиночка С.А. [71]). По мнению Б.Ф. Шостаковича для возникновения сверхценных образований ведущее значение имеет не столько почва, сколько травмирующий фактор (Шостакович Б.Ф. [118]).

В.М. Морозовым было выявлено значение «истоощающих нервную систему факторов (переутомление, инфекция, интоксикация)» и роль таких связанных с возрастом процессов, как церебральный артериосклероз, инволюция и возрастные изменения психики для «более легкой фиксации сверхценных идей» (Морозов В.М. [78]). В то же время А.Н. Молоховым были выделены астенизирующие и

тонирующие факторы (Молохов А.Н. [77]). К первым были отнесены те, которые препятствовали возникновению сверхценных образований; в основном речь здесь шла о соматических заболеваниях. К тонирующим факторам, способствовавшим развитию сверхценных идей, были отнесены наркотики и алкоголь. В дальнейшем М.И. Рыбальский внес уточнение относительно факторов, препятствующих возникновению синдрома сверхценных образований, к их числу им отнесена чрезмерная выраженность патологической почвы с мнестико-интеллектуальным снижением (Рыбальский М.И. [91]). По мнению В. А. Леденева, благоприятными факторами в развитии сверхценных идей выступали преобладание «астенического и атлетического телосложения, наличие признаков эндокринно-гормональной недостаточности и диспластической стигматизации». Таким образом, в качестве факультативного патогенетического фактора в развитии синдрома сверхценных образований существенную роль имела резидуально-органическая недостаточность, прежде всего врожденного характера (Сергеев И.И. [97]; Малиночка С.А. [71]).

В ряде работ описано возникновение феномена сверхценных образований с акцентом на возрастные особенности (Будай Н.Н. [15]; Голик А.Н. [26]; Горюнов А.В. [27]; Ковалев В.В. [51]; Коркина М.В. [55]; Кравченко Н.Е. [59]; Макаров И.В. [69]; Максимова М.Ю. [70]). Так, психиатрами отмечалась тесная связь клинических проявлений детских сверхценных образований с этапом онтогенеза, на фоне которого они разворачивались, а также подчеркивалась их рудиментарность по сравнению со сверхценными идеями зрелого возраста (Цуцуйковская М.Я. [117]; Этингоф А.М. [119]). Л.Б. Дубницкий в работах при изучении пубертатных кризовых проявлений установил, что сверхценные образования в юношеском возрасте часто становятся определяющими для особых состояний, носящих название философской или метафизической интоксикации (Дубницкий Л.Б. [37]). В этом случае сверхценные идеи выступают в виде особого симптома «патологических сверхценных представлений» (абстрактные философские, этические, моральные категории, реже реформаторские и мировоззренческие идеи социального и религиозного содержания). И. И. Сергеев и Р.В. Дейч систематизировали некоторые аномальные интересы детей и подростков и описали

сверхценные и сверхценно-бредовые увлечения опираясь на такие характеристики, как степень охваченности, возможность переубеждения и выраженность социально-дезадаптирующего влияния (Сергеев И.И. [97]). Увеличивающееся с годами количество сверхценных интересов, по их мнению, достигает своего пика к подростковому возрасту. Таким образом, указывается на нозологическую нейтральность синдрома сверхценных образований, а также на размытость его границ с другими психопатологическими синдромами детского и подросткового возраста.

Изучение синдрома сверхценных образований сопровождалось разработкой синонимичной терминологии (Гиляровский В.А. [25]; Илюшина Е.А. [43]; Осипов В.П. [84]; Терентьев Е.И. [111]; Ткаченко А.А. [115]; Bleuler E. [135]). Так, E. Bleuler обозначал идеи подобного рода как «неотвязные», И. Ф. Случевский описывал их как «доминирующие», В. П. Осипов - как «переоцениваемые идеи». В.А. Гиляровский, Е.И. Терентьев писали о некорректности термина «сверхценная идеи» и стремились использовать более общие понятия, такие как «сверхценные комплексы», «сверхценные образования». Е.А. Илюшина и А.А. Ткаченко подчеркивали, что наиболее оправдано рассмотрение данного феномена как психопатологического симптомокомплекса со сложной многокомпонентной структурой. В работах американских и английских психиатров начиная с середины двадцатого века получил распространение термин «overvalued ideas» (Hartmann A.S. [164]; Kozak M. J. [179]; Mountjoy R.L. [194]; Santín J.M. [214]). Следовательно, анализ работ по данной проблеме должен рассматривать наряду с понятием сверхценных - понятие доминирующих («нормальных», «физиологических») идей. Анализ психиатрической литературы показал достаточно противоречивые точки зрения о возможности разграничения сверхценных и доминирующих образований (Сергеев И.И. [97]; Frías A. [156]; Garber J. [158]). Некоторые психиатры указывали на условность отличия понятий, другие подчеркивали патологическую природу синдрома сверхценных образований, говоря о строгом разграничении его с

характерными для нормальной психической деятельности доминирующими идеями (Keating C. [174]; Toh W.L. [221]).

В отечественной литературе одной из первых специальных работ посвященных синдрому сверхценных образований была статья В. М. Морозова, в которой подчеркивалось, что сверхценные идеи могут возникать и иметь свое развитие только при наличии «известной душевной диспозиции, известной конституциональной почвы или в силу кратковременных сильных эмоциональных травм и переживаний или под влиянием длительных душевных переживаний при условии продолжительного воздействия окружающей среды» (Морозов В.М. [79]). В его наблюдениях четко разделялся феномен сверхценных и доминирующих образований. Доминирующие, как и сверхценные, он относил к аффективно окрашенным, но, в отличие от последних, рассматривал в пределах психологически понятных переживаний, не меняющих качественно структуру личности. Д. А. Аменицкий в своих работах говорил не о «доминирующих», а о «физиологических» идеях, которые он относил к нормальным проявлениям здоровой психики, а сверхценные идеи – к патологии психической деятельности (Аменицкий Д.А. [3]). Согласно наблюдениям автора физиологические идеи, находясь в рамках нормы, при известных конституциональных и ситуационных условиях способны преобразоваться в сверхценные идеи. Он считал, что «сверхценные идеи, в отличие от физиологических, сами по себе не являются ценными, а имеют лишь таковой характер для данного субъекта». На существующую возможность перехода доминирующих в истинные сверхценные идеи также указывал в своих работах В.М. Блейхер с соавторами, характеризуя при этом сверхценные образования как выражение дисгармонической психики с паралогическим мышлением (Блейхер В.М. [9]). В своих исследованиях Т.П. Печерникова также считала доминирующие идеи нормой, подчеркивал, что данный феномен встречается у здоровых людей, в ответ на реальную ситуацию при условии сохранения адаптационных и критических способностей (Печерникова Т.П. [86]).

И. Ф. Случевский писал, что в отличие от сверхценной, доминирующая идея по своему содержанию не является ошибочной. Однако автор, в отличие от мнений

других исследователей, признавал болезненность доминирующих идей (Случевский И.Ф. [99]). Ученый считал, что доминирующая идея, несмотря на правильное отражение действительности, является аномальной, так как определенный реальный факт настолько сильно и долго привлекает к себе внимание человека, что он не способен сосредоточиться ни на чем другом. Доминирующие идеи, по мнению И. Ф. Случевского, отличаются от сверхценных меньшей продолжительностью, изменчивостью в зависимости от ситуации. Таким образом, контрастирующая ситуация, авторитет другого лица, временной фактор, изменение обстановки смягчают и нивелируют эти болезненные переживания.

В своем исследовании Л. Н. Степанова определяла доминирующие идеи как «аффективно окрашенные мысли и представления, лежащие в пределах психологически понятных переживаний, не меняющие качественно структуру личности, не нарушающие глубоко социальную адаптацию и не исключающие поэтому вменяемости» (Степанова Л.Н. [109]). Автор разделяла позицию И.Ф. Случевского и считала, что доминирующие идеи на какой-то период времени способны вытеснять и в определенной степени подчинять мысли, желания, установки, а также деятельность человека. В связи с этим Л.Н. Степанова расценивала доминирующие идеи как находящиеся «на грани нормы и патологии». Основным отличительным признаком доминирующих идей автор считала мощный эмоциональный заряд, который является источником идей, появляющихся на высоте аффекта. По ее наблюдениям, доминирующие идеи тесно связаны со сложившейся ситуацией, имеющей особую значимость для данной личности. В работах особенно подчеркивалось, что уверенность относительно правильности идеи и исключительной значимости переживаемого в спокойной обстановке или в условиях, отвлекающих от доминирующей идеи, ослабевает, появляется неуверенность и сомнение, а следовательно, появляется возможность коррекции этих идей.

Таким образом, в соответствии с литературными данными, можно сделать вывод, что доминирующие (непатологические, физиологические) идеи как и сверхценные характеризуются сильным аффективным зарядом, представляются

исключительно конкретными, связаны с действительной ситуацией, но, в отличие от сверхценных, не являются ошибочными, поддаются разубеждению, имеют склонность к сравнительно быстрому угасанию при разрешении или кардинальным изменениям ситуации. Также для доминирующих идей типично нечеткое идеаторное оформление, отсутствие склонности к неправильной интерпретации окружающего, они сходны с естественными переживаниями и не сопровождаются выраженными психопатологическими проявлениями.

В психиатрической литературе по-прежнему остается множество спорных моментов в дифференциации сверхценных, навязчивых, сверхценно-бредовых и бредовых идей. (Аменицкий Д. А. [2]; Брагин Р.Б. [12]; Илюшина Е.А. [41]; Исаченкова М.П. [45]; Степанова Л.Н. [107]; Birnbaum K. [132]; Bumke O. [142]; Kozak M.J. [179]; Mountjoy R.L. [194]; Mullen R. [195]; Phillips K.A. [209]; Santín J.M. [214]; Veale D.). E. Bleuler в своих работах объединял сверхценные и навязчивые расстройства в одно понятие - «неотвязные идеи», однако в последующем указывал на отличный от навязчивостей характер сверхценных идей, заключающийся в отсутствии чуждости и борьбы, а также в их слитности с личностью больного (Bleuler E. [135]). Что же касается вопросов изучения самостоятельности сверхценных идей и их отношения к бредовым построениям, здесь просматриваются две противоположные позиции (Гофман А.Г. [28]; Менделевич В.Д. [74]; Пятницкий Н.Ю. [89]).

Одни психиатры были не согласны с принципиальным различием сверхценных и бредовых идей, подчеркивая возможность прямой трансформаций одного расстройства в другое и рассматривая два этих состояния как единое целое (Keating C. [174]; Mancuso S. [185]; Волель Б.А. [17]; Пятницкий Н.Ю. [88]). По их мнению, сверхценные идеи могут изменяться по своей интенсивности и довольно часто сопровождаться снижением критики с тенденцией к утяжелению клинической картины с переходом в бред. При этом понятие «сверхценный бред» ими выделялось в качестве переходного этапа. «Сверхценный бред» определялся как преобладающие, аффективно насыщенные, обыденные по содержанию,

«психологически выводимые», «понятные» идеи, не достигающие уровня завершенной бредовой системы и характеризующиеся «неглубоким нарушением деятельности мозга». Другие психиатры отрицали возможность трансформации сверхценных образований в бредовые и четко разграничивали между собой сверхценные и бредовые идеи, характеризуя первые как логически аргументированные, утрачивающие интенсивность при благоприятных обстоятельствах и неадекватные лишь в связи с эмоциональной насыщенностью, и выделяя во вторых такие особенности как паралогичность, некорректируемость, возникновение из «неясных переживаний, загадочных отношений к своей личности», а также «патологический сдвиг во всем мышлении» .

Термин «сверхценный бред» («бредоподобный вымысел») ввел в психиатрическую практику Birnbaum K.. Он считал связь между сверхценными и бредовыми расстройствами неоспоримой, указывая на возможность последовательного перехода: сверхценная идея — сверхценные представления бредового характера — сверхценный бред — бредовая идея (Birnbaum K. [132]). По мнению В.М.Морозова, «сверхценная идея в отдельных случаях может перерасти в бредовую, но эти понятия должны всегда быть строго различаемы». Автор указывал на имеющиеся отличия сверхценной идеи от бредовой: первые поддаются разубеждению, понятны как по содержанию, так и по своему возникновению и сводятся к определенным психогенным факторам, появляются как выражение реакции личности (Морозов В.М. [79]). В противоположность этому, бредовые идеи возникают и развиваются под действием любых случайных фактов, часто безразличных для личности и являются первичными несводимыми к психологическим объяснениям. М. П. Исаченкова в своих трудах выделяла варианты с редукцией, стабилизацией и трансформацией сверхценных образований в бред (Исаченкова М.П. [46]). По мнению П.Г. Сметанникова, длительная хроническая психотравматизация могла выступать в качестве одного из неблагоприятных факторов, способствующих переходу сверхценных идей в бредовые (Сметанников П.Г. [100]). Н. Н. Тимофеев поддерживал точку зрения о возможной трансформации сверхценных идей в бредовые и описал три фазы,

которые при этом проходят сверхценные образования: фазу бредовой настроенности, при которой имеют место неопределенные подозрения, фиксация на незначительных фактах; II фаза – фаза активных действий, когда больной настойчиво занимается поисками доказательств, испытывая при этом попеременно то уверенность, то мучительные сомнения в правильности своих действий (Тимофеев Н.Н. [114]). Под III фазой автор понимал усиление бредовой установки с тенденция к генерализованному охвату неправильным толкованием других сторон жизни.

Р. Б. Брагин, выделяя основные критерии сверхценных образований, к которым он относил доминирование, аффективную насыщенность, психологическую понятность и отсутствие решительной убежденности, особенно выделял последний признак как «единственную возможность отграничения от бреда» (Брагин Р.Б. [11-12]). Им описывалась возможность трансформации сверхценных идей в бредовые сходного содержания, происходящая на фоне действия ряда неблагоприятных факторов (алкоголизм, деменция, психогении, соматические заболевания). А.Б. Смулевич в одной из работ указывал, что сверхценные и бредовые идеи представляют собой психопатологические проявления, последовательно сменяющие друг друга как этапы заболевания, тем самым подчеркивалось отсутствие жесткой границы между данными синдромами (Смулевич А.Б. [103]). Ю. С. Савенко в своих работах, придерживаясь мнения о необходимости сохранения понятия сверхценного бреда, подчеркивал его особую, кататимную природу, сближающую со сверхценными идеями и одновременно с этим показывающую невозможность перестройки в паранойяльный бред, «не выводимый ни из личности, ни из обстоятельств» (Савенко Ю.С. [92]). В работах Е. А. Илюшиной описан вариант динамики сверхценных образований с постепенным утяжелением симптоматики и переходом в «патологическое развитие», при этом подчеркивалось, что при достижении сверхценными образованиями психотического уровня значительно видоизменяются клинические проявления (Илюшина Е.А. [44]). Формирующаяся более сложная клиническая картина проявляется выраженным аффективным напряжением, с тревожным аффектом, подозрительностью,

реакциями раздражения и агрессии, нарастанием систематизированности, развернутости, убежденности в достоверности овладевающих идей, а также их непрерывной реализацией в поведении при невозможности его коррекции. На психотический уровень состояния таких субъектов также указывает грубый отрыв от реальности с нарушением адекватного отражения окружающей действительности, невозможностью критично оценивать происходящее. В работах также был разработан алгоритм для дифференциального диагноза сверхценных и бредовых расстройств. В своем исследовании М.П. Исаченкова подчеркивала значение отграничения сверхценных образований от бредовых идей не только в общеклиническом аспекте, но и для судебно-психиатрической квалификации состояния (Исаченкова М.П. [45]).

Таким образом, сверхценные идеи имеют тенденцию трансформироваться в бредовые, в том случае когда больной, при сохраняющейся интенсивной аффективной насыщенности, утрачивает критерий достижимого, без критики относится к предмету идеи и объективной её ценности, игнорируя все разумные указания и советы. На этом основании представляется возможным выделить основные отличия сверхценных идей от бредовых. Так, сверхценная идея формируется по кататимному механизму, имеет психологически понятные связи с ситуацией, не утрачивает чувственности, доступна частичной коррекции, чаще всего имеет склонность к угасанию при изменении ситуации. Однако, на высоте аффекта иногда приходится наблюдать некоторую тенденцию к усложнению и распространению неправильных интерпретаций на оценку социальных связей и отношений больного с окружающими.

Среди многочисленных работ, описывающих сверхценные идеи, лишь незначительное их количество посвящено их роли и месте в структуре депрессии (Бебуришвили А.А. [7]; Брагин Р.Б. [10]; Либерман А.Е. [67]; Dyl J. [152]). Рядом авторов признается нередкое появление сверхценных образований на фоне депрессий (Тиганов А.С. [90]; Михаленко И.Н. [83]; Морозов В.М. [79]; Нуллер Ю. Л. [83]; Снежневский А.В. [104]; Целищев О.В. [116]). Однако внимание уделено

именно таким сверхценным идеям, как идеи самообвинения, самоуничужения во всем их спектре. Все эти авторы признают сверхценный характер этого почти облигатного симптома депрессии. В своих работах О.В. Целищев указывал, что при непсихотической депрессии в рамках рекуррентного и биполярного аффективного расстройства идеи малоценности (самоуничужения) и самообвинения выявляются в 60,3% случаев и достигают сверхценного характера (Целищев О.В. [116]). Вместе с тем непропорционально мало или вообще не уделено внимания сверхценным образованиям, возникающим в структуре депрессии, иной тематики. В литературе встречаются данные лишь о взаимном влиянии сверхценных идей и депрессий. Так, Р.Б. Брагин отметил, что «от модальности аффекта (меланхолия, тревога, страх) в определённой мере зависит и модальность сверхценной идеи, и направленность сверхценных переживаний «во времени», причем при доминировании меланхолии сверхценные суждения приближаются к убеждённости и в большей мере касаются событий прошлого (или настоящего в связи с фактами прошедшего). При выраженном тревожном радикале для суждений характерна предположительность, гипотетичность — это опасения, адресуемые к настоящему или будущему времени. В работе указано, что в незначительном числе случаев им наблюдалась трансформация сверхценного образования в сверхценный бред «при нарастании меланхолии и резком страхе» (Брагин Р.Б. [10-12]). Также в работах Р. Б. Брагина в зависимости от психопатологических особенностей сверхценных образований были описаны 3 варианта: «интерпретативный», «гипербулический» (гиперстенический) и «аффективный». Интерпретативный вариант автор характеризовал как идеи с детальной разработанностью фабулы, при этом имеющие определенную последовательность доказательств, а также стремление к логизированию. Для аффективного варианта характерно отсутствие строго аргументированной идеи, узость фабулы (Брагин Р.Б. [13-14]). Другими словами, в первом варианте сверхценных идей отчетливо преобладают «мыслительные психопатологические элементы», а во втором - превалирует эмоциональный компонент. При гипербулической форме происходит смещение от мыслительных процессов к

практическим действиям, то есть данный вариант характеризуется развитием сверхценной идеи без выраженной интерпретации и расширения фабулы.

А. А. Бебуришвили изучала юношеские депрессии со сверхценными симптомокомплексами в рамках динамики расстройства личности; в зависимости от выраженности каждого из трех компонентов сверхценного симптомокомплекса (идеаторной разработки, аффективного наполнение и компонента влечений) автором были выделены три основные клинико-психопатологические типологические разновидности депрессий со сверхценными расстройствами при пубертатной декомпенсации психопатии (Бебуришвили А.А. [6]). Причем подчеркивалось, что при клинико-психопатологическом анализе сверхценных образований удалось выявить существенные различия их структуры, которые были независимы от содержания самих сверхценных идей, а определялись разным соотношением выраженности трех компонентов сверхценного симптомокомплекса.

По сравнению с проблемой сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии, в литературе встречается значительно больше данных о взаимном влиянии сверхценных идей и шизофрении (Голик А.Н. [26]; Дубницкий Л.Б. [37]; Малиночка С.А. [71]; Сергеев И.И. [97]; Pandit S. [207]). Так, К. Birnbaum подчеркивал характерность сверхценных образований для дебюта заболевания, когда «нормальные психические функции остаются относительно интактными» (Birnbaum К. [132]). Особый интерес по данной тематике представляет работа Р.Б. Брагина, в которой описаны качественные изменения сверхценных идей, возникающих в процессе благоприятно протекающей непрерывной шизофрении и устойчивых ремиссий при приступообразно-прогредиентном течении заболевания (Брагин Р.Б. [11]). М. П. Исаченкова, также занимавшаяся этим вопросом, в структуре сверхценных образований отмечала аффективный и идеаторный компоненты. Доминирующий идеаторный компонент с высокой степенью разработанности и оторванности от реальности воспринимался исследователем в качестве типичного для шизофрении признака (Исаченкова М.П. [46]).

Современная постановка проблемы уже традиционно ориентирована на вопросы соотношения и влияния психического расстройства и социального функционирования и качества жизни больных (Абриталин Е.Ю. [4]; Дмитриева Т.Б. [34-35]; Короленко Ц.П. [56]). Социальная область в научных работах зарубежных ученых, а также в отечественной психиатрической литературе остается наименее изученной. Согласно мнению ряда авторов в большинстве случаев достаточно трудно однозначно определить степень и характер воздействия сверхценных идей на социальное функционирование пациентов (Дружинин В.Н. [36]). В ряде публикаций отмечалось доминирование отчетливого дезадаптирующего влияния на высоте охваченности сверхценными идеями (Катюшевич Д.А. [48]; Кобзарь Н.И. [50]; Скокаускас Н. [98]). В работах ряда авторов (Данилова С.В. [31-32]; Илюшина Е.А. [42]; Исаченкова М.П. [45]; Степанова Л.Н. [109]) изучалось отражение интенсивности и нелепости содержания сверхценных идей в поведенческих расстройствах вплоть до совершения противоправных и общественно опасных действий (кражи, организации терактов, убийства). Наряду с вышеописанными работами встречались исследования зарубежных и отечественных психиатров, в которых изучались компенсирующие возможности сверхценных образований и описаны наблюдения, где сверхценные идеи выступают в качестве фактора, способствующего лучшей адаптации пациентов (Малиночка С.А. [71]; Сергеев И.И. [97]).

Таким образом, анализ данных литературы указывает, что проблема сверхценных образований несмотря на то, что является достаточно изученным явлением продолжает вызывать большое количество вопросов, что делает необходимым важность дальнейших исследований. В частности речь идет об отсутствии четких дефиниций синдрома сверхценных образований в рамках эндогенной депрессии. Так, многолетняя история изучения сверхценных идей, включающая в себя диаметрально противоположные взгляды и мнения по поводу феноменологических, патопсихологических особенностей и динамики течения не предлагает однозначного решения проблемы, понимания ее природы и сущности.

Как отмечено ранее, проведенные исследования не дают исчерпывающих ответов на вопросы, касающиеся проблемы сверхценных образований, формирующихся в структуре депрессии. Несмотря на большое количество работ, посвященных изучению эндогенных депрессий, тема сверхценных расстройств, ее синдромальная квалификация и дифференциально-диагностические признаки не были подробно описаны в литературе.

До настоящего времени отсутствует клиническая типология, учитывающая как вариант феномена сверхценных образований, так и собственно структуру эндогенной депрессии в зависимости от доминирующего радикала аффекта, наряду с этим недостаточно изучены нюансы собственно нозологически различных депрессий, протекающих со сверхценными образованиями и особенностей их течения, что потребует отдельного изучения.

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 (руководитель - академик РАН, проф. А.С. Тиганов) ФГБНУ НЦПЗ в период с 2014 по 2017 гг. в группе аффективной патологии (руководитель - академик РАН, проф. А.С. Тиганов).

Критериями включения в исследование явились:

- 1) наличие депрессивного состояния, формирующегося в рамках фазы или приступа аффективных заболеваний (F31.3, F31.4, F32.0, F32.1, F32.2, F33.0, F33.1, F33.2, F34.0, F34.1 по МКБ-10) и шизофрении (F20, F21 по МКБ-10);
- 2) возраст больных на момент обследования от 25 до 55 лет;
- 3) наличие сверхценных образований в клинической картине депрессии;
- 4) достаточная глубина депрессивных расстройств, обуславливающая тяжесть состояния больных и необходимость госпитализации.

Критерии исключения:

- 1) наличие в статусе признаков острого или хронического психоза;
- 2) манифестация заболевания до 25 лет и старше 55 лет;
- 3) специфические для депрессивного аффекта сверхценные идеи малоценности (самоуничужения) и самообвинения;
- 4) наличие сопутствующей психической патологии: органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-09), психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (F10-19), умственная отсталость (F70-79);
- 5) Наличие тяжелой соматической или неврологической патологии.

2.2. Общая характеристика материала

В исследование были включены 71 пациент (32 мужчины, 39 женщин), страдающих эндогенной депрессией в рамках заболеваний аффективного круга (48 пациентов) и шизофрении (24 пациента).

62 пациента (87,3 %) были госпитализированы с октября 2014 по март 2017 гг. в 5-ое многопрофильное клиничко-диагностическое отделение ФГБНУ НЦПЗ и обследованы клиническим методом с целью выявления психопатологических особенностей синдрома сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии. После выписки из стационара пациенты находились на катамнестическом наблюдении, что позволило уточнить исходы и нозологическую принадлежность депрессивных состояний со сверхценными образованиями.

Часть пациентов (9 человек - 12,7%) были ранее госпитализированы с такого рода состояниями и обследованы в рамках катамнестического исследования (длительность катамнестического наблюдения составила не менее 5 лет). Анализ историй болезни проведен при помощи данных медицинских документаций, сведений, полученных со слов самих пациентов и их ближайших родственников.

Исследуемый тип депрессии встречался нами в 15,4% случаев от общего числа пациентов, госпитализированных в 5-ое многопрофильное клиничко-диагностическое отделение в указанный период исследования, с депрессивным состоянием, формирующимся в рамках фазы или приступа аффективных заболеваний (F31.3, F31.4, F32.0, F32.1, F32.2, F33.0, F33.1, F33.2, F34.0, F34.1 по МКБ-10) и шизофрении (F20, F21 по МКБ-10),

Таблица 2.1 - Сравнение нозологических групп больных по возрасту на момент манифестации заболевания и на момент исследования

	Аффективные расстройства		Шизофрения		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Возраст больных к моменту манифестации заболевания						
<20	4	8,5	9	37,5	13	18,3
20-29	9	19,1	8	33,3	17	23,9
30-39	19	40,5	5	20,8	24	33,9
40-49	11	23,4	2	8,4	13	18,3
50 и старше	4	8,5	-	-	4	5,6
Возраст больных к моменту манифестации индекс-депрессии со сверхценными образованиями						
<20	-	-	1	4,2	1	1,4
20-29	9	19,1	10	41,7	19	26,8
30-39	21	44,7	9	33,3	30	42,3
40-49	12	25,6	4	20,8	16	22,5
50 и старше	5	10,6	-	-	5	7,0
Возраст больных на момент стационарного исследования						
<20	-	-	-	-	-	-
20-29	7	14,9	11	18,6	18	25,3
30-39	23	48,9	7	25,7	30	42,3
40-49	10	21,3	6	7,1	16	22,5
50 и старше	7	14,9	-	-	7	9,9
Всего	47	66,2	24	33,8	71	100

Также согласно традиционному подходу к типологии тимического компонента аффекта в данном исследовании оценивалась синдромальная принадлежность депрессий.

В нашей работе регистрировались меланхолические, тревожные, апатические, анестетические, сенесто-ипохондрические депрессии.

В таблице 2.2 приведены данные о числе депрессий разной синдромальной структуры у больных с заболеваниями аффективного круга и шизофренией.

Таблица 2.2 - Нозологическое распределение депрессий, имевших место в анамнезе изученной когорты пациентов (включая индекс-депрессии)

	Рекуррентное депрессивное и биполярное аффективное расстройства		Шизофрения		Итого	
	п	%	п	%	п	%
Тревожные	47	29,2	12	7,6	59	36,8
Меланхолические	24	14,9	8	4,9	32	19,8
Тоскливо-тревожные	20	12,4	10	6,2	30	18,6
Апато-динамические	18	11,2	8	4,9	26	16,1
Анестетические	5	3,1	6	3,7	11	6,8
Сенесто-ипохондрические	-	-	3	1,9	3	1,9
Всего	114	70,8	47	29,2	161	100

В таблице 2.3 наглядно представлены данные об уровне образования пациентов в клинических группах.

Таблица 2.3 – Сопоставление уровня образования пациентов в клинических группах

	Группа 1*		Подгруппа 1*		Группа 2*		Итого	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных	35	49,3	12	16,9	24	33,8	71	100
<i>На момент манифестации заболевания</i>								
Учащиеся в школе	3	23,1	1	7,7	9	69,2	13	100
Только среднее образование	-	-	-	-	1	100	1	100
Среднее специальное образование	7	46,7	2	13,3	6	40,0	15	100
Студенты ВУЗов	9	56,3	3	18,7	4	25,0	16	100
Закончившие ВУЗ	16	61,5	6	23,1	4	15,4	26	100
<i>На момент исследования</i>								
Только среднее образование	2	66,7	-	-	1	33,3	3	100
Среднее специальное образование	7	58,3	1	8,3	4	33,4	12	100
Студенты ВУЗов	4	33,4	4	33,3	4	33,3	12	100
Закончившие ВУЗ	22	50	7	15,9	15	34,1	44	100

*Группа 1 – заболевания аффективного круга с картинами приступов в виде депрессий со сверхценными расстройствами.

Подгруппа 1 – заболевания аффективного круга с картинами приступов в виде депрессий со сверхценными расстройствами у пациентов с акцентуацией личности.

Группа 3 – малопрогредиентная шизофрения протекающая с формированием очерченных во времени депрессивных состояний.

В таблице 2.4 приведены данные о социально-трудовом статусе пациентов в клинических группах.

Таблица 2.4 – Сопоставление социально-трудового статуса пациентов в клинических группах

	Группа 1*		Подгруппа 1*		Группа 2*		Итого	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных	35	49,3	12	16,9	24	33,8	71	100
<i>На момент манифестации заболевания</i>								
Учащийся	14	43,8	5	15,6	13	40,6	32	100
Служащий	13	56,6	4	17,4	6	26,0	23	100
Рабочий	5	50,0	2	20,0	3	30,0	10	100
Не работает	3	50,0	1	16,7	2	33,3	6	100
<i>На момент исследования</i>								
Учащийся	5	38,4	4	30,8	4	30,8	13	100
Служащий	19	57,5	5	15,2	9	27,3	33	100
Рабочий	6	46,1	1	7,7	6	46,2	13	100
Не работает	5	41,7	2	16,6	5	41,7	12	100

*Группа 1 – заболевания аффективного круга с картинами приступов в виде депрессий со сверхценными расстройствами.

Подгруппа 1 – заболевания аффективного круга с картинами приступов в виде депрессий со сверхценными расстройствами у пациентов с акцентуацией личности.

Группа 3 – малопрогредиентная шизофрения протекающая с формированием очерченных во времени депрессивных состояний.

В таблице 2.5 наглядно представлены данные о клинико-динамических показателях рекуррентного депрессивного и биполярного аффективного расстройств.

Таблица 2.5 - Сопоставление клинико-динамических показателей рекуррентного депрессивного и биполярного аффективного расстройств.

	Рекуррентное депрессивное расстройство	Биполярное аффективное расстройство
Возраст манифестации	Чаще старше 30 лет	Чаще младше 30 лет
Средняя длительность заболевания	8,9 лет	11,7 лет
Среднее число приступов на больного	2	4
Преобладающий механизм развития фаз	Реактивный	Аутохтонный
Глубина манифестных депрессивных состояний	Умеренная и тяжелая	Легкая и умеренная
Глубина повторных депрессивных состояний	Легкая и умеренная	Умеренная и тяжелая
Средняя частота приступов	1 в 3 года	2 в год
Средняя продолжительность ремиссий	5 лет	2,9 лет

2.3. Методы исследования

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

1. Клинико-психопатологический;
2. Клинико-катамнестический;
3. Клинико-психометрический;
4. Нейропсихологический;
4. Клинико-статистический;
5. Клинико-терапевтический.

Первые два метода (клинико-психопатологический и клинико-катамнестический) в диссертационной работе являются основными.

С помощью клинико-психопатологического метода проанализированы психопатологические особенности, характерные для синдрома сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии, разработана типология данных состояний, а также выявлены динамические закономерности, характерные для эндогенных депрессий со сверхценным симптомокомплексом.

Клинико-катамнестический метод применялся для определения особенностей течения и исхода аффективных заболеваний и шизофрении, что является значимым в прогностическом плане. Длительность катамнестического наблюдения составила от 3 до 7 лет.

Клинико-психометрический метод применялся с целью определения количественной оценки выраженности депрессивного состояния в динамике терапии и включал в себя применение шкалы Гамильтона для депрессии (HDRS)

Клинико-статистический метод включал в себя обработку данных с использованием компьютерной программы Statistica for Windows 6. Также применялся тест Стьюдента для малых выборок. Различия считались достоверными, если доверительный интервал находился в пределах $p < 0.05$.

Нейропсихологическое обследование пациентов проводилось совместно со ст.н.с. отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, к.п.н. И.В. Плужниковым и л.-и. Поповым М.М. по схеме специально разработанной технологии оценки нарушений когнитивных функций.

Представленные данные сопоставимы с имеющимися в литературных источниках, посвященных эндогенной аффективной патологии, и являются репрезентативными. Характеристика нозологических особенностей, результатов детального изучения особенностей течения, исходов и лечения представлены в соответствующих главах.

ГЛАВА 3

Клинико-психопатологические особенности синдрома сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии

3.1. Общие феноменологические и психопатологические характеристики синдрома сверхценных образований

Сверхценные образования - это аффективно заряженные, резко доминирующие в сознании и субъективно значимые суждения, представления, интересы, эмоции, непосредственно связанные с личностью и конкретными обстоятельствами, имеющие четкую тенденцию к реализации и при этом поддающиеся частичной коррекции.

Пониманию феномена сверхценных образований способствовала также существующая концепция, в соответствии с которой в структуре сверхценного синдрома выделяются несколько компонентов (Р. Б. Брагин, 1975 г.). В зависимости от преобладания того или иного компонента были выделены идеаторный, эмоциональный (аффективный) и поведенческий варианты феномена сверхценных образований. Таким образом, к психопатологическим параметрам сверхценных образований можно отнести:

➤ идеаторный компонент, который характеризовался идеями, переживаниями, опасениями, стремлениями, увлечениями, имеющие аффективную заряженность, полностью поглощали сознание и приобретали особую значимость для личности. Наблюдалась односторонняя направленность внимания, мышления с сосредоточением на объекте сверхценного образования. В ходе исследования отмечено, что для идеаторного компонента свойственны устойчивость, детальная разработка, развернутость фабулы. Доказательства пациента имеют определённую последовательность, пронизаны стремлением к логическому толкованию. Выявление при данной форме такого свойства сверхценных образований как формальная критика, требует многократных целенаправленных расспросов пациента, наблюдения в динамике. В этих случаях сверхценных образований аффективный компонент, как правило, был выражен относительно нерезко.

Поведенческий компонент характеризовался чаще всего односторонностью, методичностью, последовательностью с продуманностью и спланированием действий, связанных со сверхценными образованиями.

➤ аффективный компонент, характеризующийся преобладанием эмоциональной составляющей с ее неустойчивостью и колебаниями интенсивности. У обследуемых пациентов четко прослеживалась «аффективная логика», их рассуждения были тесно связаны с эмоциональным состоянием. Так как идеаторный компонент в этих случаях был выражен незначительно, отмечалось отсутствие четкой логической разработки и прослеживалась скудность интерпретаций, которые отличались неконкретностью и недостаточностью систематизации. Поведенческий компонент в данном варианте сверхценных образований определялся колебаниями интенсивности аффективной составляющей с возможной импульсивностью и хаотичностью действий.

➤ поведенческий компонент, который характеризовался не столько идеями, переживаниями, опасениями, влечениями, сколько стремлением к их реализации. Аффективный компонент в данном варианте характеризовался устойчивостью и мобилизирующей направленностью.

В исследовании были проанализированы психопатологические особенности феномена сверхценных образований, формирующегося в структуре эндогенной депрессии на разных ее этапах. Было установлено, что сверхценные образования не являются психопатологически однородными, имеют разный темп динамики, особенности тематики, разную степень сопряженности с выраженностью депрессии. В доступной литературе (Брагин Р.Б. [10]; Бебуришвили А.А. [6]) указывается на четыре основных признака, характеризующих сверхценные идеи: доминирование их в сознании, аффективная насыщенность, «психологическая выводимость» и определенная критика. Несмотря на то, что первые три признака устойчивы, они могут наблюдаться и при других психопатологических расстройствах. Вместе с тем, последний признак (критика) представляет собой наиболее уязвимый параметр и является по существу единственной возможностью отграничения сверхценных идей от бредовых и навязчивых симптомокомплексов.

Результаты наблюдения позволили говорить о психопатологической неоднородности феномена сверхценных образований. Выделенные в ряде исследований варианты сверхценных образований позиционированные как самостоятельные формы: аффективная, интерпретативная и поведенческая, тем не менее, отражают процесс трансформации, определяющий переход от категорий доминирующих представлений к уровню бредовых идей. Описанные выше критерии сверхценных образований обнаруживали закономерности в последовательности их формирования, что позволило сделать предположение об их единстве и существовании некоего психопатологического континуума, актуальность которого и обуславливает в итоге особенности проявлений сверхценного симптомокомплекса.

Однако в процесс динамического развития психопатологического континуума вступают факторы, приводящие к остановке дальнейшей трансформации и формированию устойчивых форм сверхценных симптомокомплексов, не достигающих бредового уровня (Коляго О.О. [52]). В основании такого механизма лежит некая девиация, результатом которой становится образование психопатологически оформленных симптомокомплексов, что, на наш взгляд, свидетельствует в пользу их психопатологической самостоятельности. Исходя из варианта взаимосвязи сверхценных образований и депрессивного аффекта, представлялось возможным выделить три ведущих механизма, послужившие основанием типологического деления сверхценных расстройств, формирующихся при эндогенной депрессии: аффект-аффилированный (имеющий тесную динамическую связь с аффектом), аффект-ассоциированный (имеющий ограниченную связь с аффектом) и аффект-диссоциированный (в динамике утрачивающий связь с аффектом) механизмы.

В исследованной когорте пациентов выделенные типологические разновидности были представлены в сопоставимом процентном соотношении (рис.3.1, рис.3.2, рис.3.3).

Рис. 3.1 Процентное соотношение психопатологических механизмов развития сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии

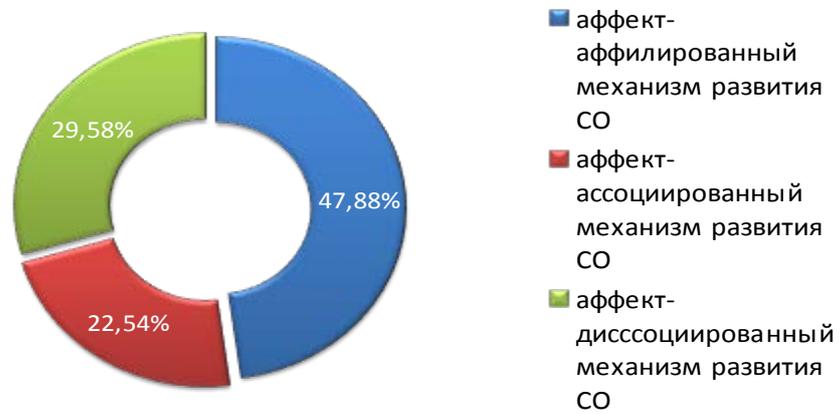
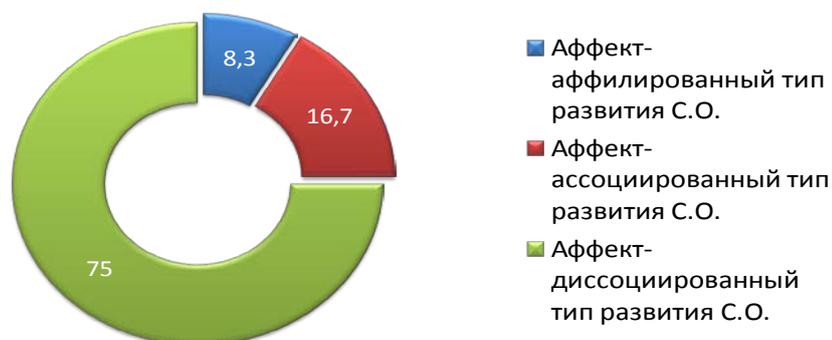


Рис. 3.2 Процентное соотношение психопатологических механизмов развития сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии при аффективных расстройствах



Рис. 3.3 Процентное соотношение психопатологических механизмов развития сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии при шизофрении



Сопоставление типологических групп с определенной тематикой сверхценных образований выявило следующие особенности: сверхценные расстройства, связанные с эмоционально значимыми семейными утратами, отмечались лишь в группе с аффект-аффилированным механизмом формирования, сверхценные идеи ревности были описаны исключительно у пациентов с аффект-ассоциированным механизмом, а сверхценные идеями изобретательства и реформаторства встречались только в группе с аффект-диссоциированным механизмом формирования сверхценных образований. Однако во всех трех типологических группах в структуре депрессии мы наблюдали дисморфофобические и ипохондрические сверхценные образования, причем последние преобладали по частоте случаев.

Корреляции, выявленные при сопоставлении психопатологических механизмов развития сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии и тематики сверхценных расстройств, приведены в таблице 3.1.

Таблица 3.1 - Соотношение типологических разновидностей и тематики сверхценных образований в структуре эндогенной индекс-депрессии ($p < 0,01$)

Психопатологические механизмы развития сверхценных образований	Тематика сверхценных образований										Всего	
	Дисморфофобические		Ипохондрические		Утраты близких		Ревности		Изобретательства и реформаторства			
	Количество больных											
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Аффект-аффилированный	11	15,5	15	21,1	8	11,3	-	-	-	-	34	47,9
Аффект-ассоциированный	5	7,0	6	8,5	-	-	5	7,0	-	-	16	22,5
Аффект-диссоциированный	7	9,9	11	15,5	-	-	-	-	3	4,2	21	29,6
											71	100

3.2. Типологическая группа с аффект-аффилированным механизмом развития сверхценных образований

У этой группы пациентов сверхценные образования формировались на фоне существующих аффективных нарушений, основной характеристикой является неразрывная связь с изменяющимся характером аффективных расстройств.

В данную группу вошли 34 пациента, что составило около половины (47,88%) от общего числа обследованных. Средний возраст пациентов к моменту обследования составил $36,7 \pm 1,2$ года, в данной группе преобладали женщины (55,9%). Формирующиеся сверхценные образования обнаруживали отчетливую и постоянную связь с депрессивным аффектом. Глубина и стойкость сверхценного симптомокомплекса усиливались параллельно нарастанию интенсивности депрессивного аффекта, достигая наивысшей степени своей выраженности синхронно. У пациентов данной группы даже на высоте аффекта сверхценные образования сохраняли прямую связь с реальными событиями, не переходя в категорию сверхценного бреда. В данной группе преобладали сверхценные идеи ипохондрического (44,1%), дисморфофобического содержания (32,3%), а также идеи связанные с эмоционально значимыми семейными утратами (23,6%). Тематическая фабула отличалась отсутствием строгой аргументации, «аффективной логикой» рассуждения, то есть для этой группы пациентов, в основном, был типичен эмоциональный вариант сверхценных образований. Сверхценные образования в этой группе оказывались разнообразными по своему тематическому выражению, а их содержание нередко менялось в ответ на колебания интенсивности депрессии. По мере редукции депрессивной симптоматики сверхценные расстройства дезактуализировались и, лишаясь своей аффективной насыщенности, утрачивали признаки сверхценных идей. Оценка депрессии по шкале Гамильтона на высоте состояния составляла в среднем 29 балла, что соответствовало выраженной степени тяжести депрессии (Hamilton M. [163]).

Динамика формирования сверхценных расстройств с учетом ведущей фабулы сверхценного симптомокомплекса обнаруживала следующие варианты.

При формировании сверхценного симптомокомплекса *ипохондрического*

содержания превалирующими на высоте аффекта тревоги становились сомнения и подозрения в отношении собственного физического или психического здоровья, у больных формировались идеи о наличии какой-либо реально существующей соматической/психической патологии. Интенсивность расстройств подчинялась суточному ритму и сопровождалась выраженным вегетативным компонентом. При углублении депрессивной симптоматики прослеживалось дальнейшее развитие сверхценных образований с разработкой собственных методов самолечения, созданием специальных лечебных диет, преувеличением роли и значимости физических упражнений и психологических тренировок для достижения здоровья и внутренней гармонии. Структура депрессий характеризовалась преобладанием радикала тревоги, ориентированного на соматическое или психическое здоровье. Однако тревожный радикал сочетался с периодически возникающими проявлениями апатии либо тоски. Как правило, депрессивное состояние развивалось постепенно и нередко его течение приобретало достаточно затяжной характер. Актуализация сверхценных образований обычно совпадала с отчетливым усилением тревожного компонента аффекта и в дальнейшем коррелировала с его интенсивностью.

Формирование сверхценных образований *дисморфофобического содержания* на фоне существующего депрессивного аффекта шло постепенно. Вначале оно проявлялась возникновением или усилением застенчивости, обращением особого внимания на свою внешность. При усилении интенсивности депрессии отмечалось становление сверхценных идей физической и/или психической неполноценности, ущербности. В роли фактора, который окончательно формировал феномен сверхценных образований, являлись шутки друзей, коллег по работе, случайные реплики знакомых, неудачи в попытках добиться интимной близости. У пациентов создавалась уверенность, что их «порок» замечен окружающим, однако идеи отношения с убежденностью в осуждении и пренебрежении к ним со стороны окружающего мира не формировались - все останавливалось на этапе сверхценных построений. В клинической картине формирования депрессии со сверхценными образованиями *дисморфофобического содержания* изначально доминировал преимущественно тревожный радикал, наряду с этим у ряда пациентов

обнаруживались признаки меланхолического аффекта. Пациенты жаловались на тоску с чувством безысходности, ощущением растерянности, потери собственных мыслей. Переживание тоски, при усилении тяжести состояния приобретало признаки витальности. В части случаев (27,2%) отмечалось присоединение эпизодов астении, общей физической и интеллектуальной вялости, явлений апатии в виде снижения интересов, побуждений, влечений, с нежеланием включаться в ранее приемлемые и доставляющие удовлетворение виды деятельности.

У 23,6% пациентов из данной группы в структуре депрессивного состояния сверхценный характер приобретали воспоминания психотравмирующей *ситуации горя*, потери близкого человека с сохранением в неприкосновенности его вещей и окружающей его обстановки. Актуализация сверхценного образования происходила также в тесной связи с аффективными расстройствами. Психологически понятная ситуация (реакция на утрату) выступала в качестве психотравмирующего события, депрессия в этих случаях имела психогенно спровоцированный характер. Однако по прошествию нескольких месяцев с момента манифестации депрессивной симптоматики, появлялся выраженный суточный ритм колебаний настроения, витальность, выраженные соматические признаки депрессии. Одновременно с усилением гипотимического компонента депрессии с идеомоторной заторможенностью, нарушениями сна, аппетита отмечалось дальнейшее развитие сверхценных образований. С течением времени по мере редукции депрессии феномен сверхценных образований терял свою интенсивность и исчезал, появлялось критическое рациональное отношение.

В группе с аффект-аффилированным механизмом развития сверхценных образований почти у половины пациентов (44,1%) отмечались суицидальные мысли, в содержании которых фигурировала тематика сверхценных расстройств (особенно дисморфофобического содержания, а также идеи, связанные с ситуацией горя). В этой группе в процессе стабилизации состояния и нормализации аффективного фона отмечалась достаточно равномерная динамика с гармоничным уменьшением интенсивности как преобладающего эмоционального, так и других компонентов сверхценных расстройств вплоть до полного их исчезновения.

3.3. Типологическая разновидность с аффект-ассоциированным механизмом развития сверхценного образования

Аналогично описанной группе, синдром сверхценных образований обнаруживал связь с депрессивной симптоматикой, аффективная насыщенность сверхценных расстройств усиливалась вместе с интенсивностью депрессивного аффекта. То есть отмечалась симультанность сверхценных образований и депрессивного аффекта: при большей выраженности последнего, феномен сверхценных образований также достигал максимума интенсивности, но ни в одном из случаев не доходил до уровня сверхценного бреда.

Однако данная типологическая разновидность имеет ряд значимых особенностей от предыдущей группы. Так в качестве основания для развития феномена сверхценных образований в этой подгруппе выступали доминирующие (непатологические, физиологические) образования, определяемые личностными особенностями пациента. Сверхценные расстройства имели ограниченную связь с аффектом, то есть феномен сверхценных образований, возникающий в качестве личностной реакции под влиянием депрессивного аффекта, по мере редукции последнего претерпевал обратное развитие и сохранялся в виде психологически понятных доминирующих образований. Доминирующие образования характеризовались аффективным зарядом, были связаны с действительной ситуацией, не нарушали социальную адаптацию, поддавались разубеждению и имели склонность к сравнительно быстрому угасанию при разрешении или изменении ситуации.

Данная разновидность механизма была установлена у 16 пациентов, что составило 22,54% от общего числа обследованных. Средний возраст составил $35,2 \pm 2,1$ лет, преобладали женщины (56,25%).

Средняя оценка депрессии по шкале Гамильтона для данной группы больных на высоте состояния составляла 26 баллов (депрессия умеренной тяжести) (Hamilton M. [163]).

В структуре сверхценных расстройств у пациентов этой группы в отличие от других, как правило, преобладал поведенческий компонент, который характеризовался стремлением к непосредственной реализации сверхценных идей.

В ряде случаев (62,5%) в статусе обследуемых больных обращали на себя внимание элементы психопатоподобного поведения, причем их интенсивность обуславливалась глубиной депрессивного состояния. Так у этих пациентов отмечались склонность к сокращению дистанции с лечащим врачом, демонстративность, жалобы на неэффективность проводимого лечения, требования учета их мнения окружающими, стремление обвинить, как правило, близких людей в развитии у них депрессии, соматического расстройства.

В отношении тематики сверхценных расстройств в эту группу вошли пациенты с ипохондрическими (37,6%), дисморфофобическими (31,2%) симптомокомплексами, а также сверхценными идеями ревности (31,2%).

Для группы пациентов с *ипохондрическим содержанием сверхценных образований* особое отношение к своему здоровью, склонность к ипохондрической фиксации прослеживались на протяжении длительного периода жизни с выявлением латентных ипохондрических черт в периоды ранее перенесенных соматических болезней. Как правило, эти пациенты считали вопросы здоровья жизненными ценностями наивысшего порядка. В этой группе актуализации сверхценных образований в структуре депрессии наряду с преморбидной настороженностью в отношении своего здоровья нередко способствовали диффузные сенестопатии. Причем достаточно скоро явления сенестопатических и сенесталгических расстройств носили характер факультативных признаков, подкрепляющих феномен сверхценного образования. Подобная убежденность приводила к поиску различных способов самолечения. В структуре сверхценных образований преобладал поведенческий компонент: это не только приверженность «здоровому образу жизни», соблюдение различных диет, стремление к регулярным повторным медицинским обследованиям, но и разнообразные оппозиционные и протестные поступки в отношении членов семьи. Структура депрессий у данных пациентов характеризовалась тоскливым радикалом аффекта с ощущением

безысходности, отчаяния, грусти, печали, подавленности. Соматовегетативные симптомы депрессии выражались в виде тахикардии, головных болей, потливости, снижении либидо. Нарушения такого плана неоднократно усиливали имеющиеся ипохондрические переживания. Антивитальные мысли не были характерны для этих пациентов, однако имели место своеобразные рассуждения о своей ненужности, бесцельности существования.

Сверхценные образования *дисморфофобического содержания* на фоне стёртого субдепрессивного аффекта формировались постепенно. Личностные особенности пациентов этой группы отличало гипертрофированное внимание к своей внешности, иногда приобретающее характер латентной «ипохондрии красоты». Пусковым фактором для формирования доминанты зачастую становилась незначительная, но субъективно значимая психогенная провокация. По мере развития аффективной симптоматики тягостное переживание «возможного изъяна» сопровождалось фиксацией на факте своей «физической неполноценности». В последующем, этот вывод достаточно быстро становился очевидным поводом скрыть изъян, что приводило к формированию сверхценно-компенсаторных форм поведения. Основным проявлением становились поступки и поведение, направленные на исправление мнимого дефекта (попытки самолечения, обращение к «целителям»), при сохранении формально критического отношения к происходящему. Относительная редукция аффективного расстройства приводила к дезактуализации феномена сверхценных образований, который обнаруживал отсутствие переживания фатальности проявлений и сопровождался частичной утратой значения сверхценного переживания для пациента с возвращением до уровня доминирующих образований.

Для пациентов, тематика сверхценных расстройств которых была определена *идеями ревности*, основанием их формирования становились такие устойчивые характеристики личности как наличие постоянной «готовности к измене». Под влиянием депрессивного аффекта сверхценные идеи ревности в данной группе достаточно быстро подкреплялись системой доказательств, исходящих от реальных предпосылок, имеющих тенденцию к постепенному смещению убеждений

собственной правоты. Причем по мере развития идеи становились все более выраженными, определяя основные паттерны поведения больного. По мере развития и углубления депрессивного состояния психопатологическая структура сверхценных образований приобретала устойчивость, наряду с глубоким аффективным напряжением и отражала стадию акцентуации личности. При оценке критерия «психологической понятности» сверхценных образований первостепенным оказывалось учитывать не столько динамику самого образования, сколько параметры патохарактерологических особенностей личности. В структуре аффекта у пациентов со сверхценными идеями ревности преобладал тревожный радикал, а также дисфорический компонент. Моторная заторможенность проявлялась в снижении уровня активности, идеаторный компонент депрессии - в виде рассеянности, невнимательности, ухудшении памяти. Суточные колебания были выражены незначительно. Был характерен поверхностный ночной сон с тревожными яркими сновидениями с картинками измены. Следует отметить, что для этой группы пациентов в 80% наблюдаемых нами случаях к стационарному лечению приводили грубые нарушения поведения, наиболее часто - демонстративные суицидальные попытки, выраженный дисфорические формы реакции с гетеро- и аутоагрессией. Также к одной из отличительных особенностей пациентов со сверхценными идеями ревности можно отнести и поведение со стремлением преувеличить тяжесть высказываемых жалоб, вызвать сочувствие, сострадание. Так жалуясь на безразличие, отсутствие стремления к какой-либо деятельности, повышенную утомляемость эти пациенты стремились следить за своим внешним видом, расходуя большое количество времени на косметические процедуры, выбирали в качестве повседневной одежды модные и яркие наряды, что позволяет сделать вывод об имеющей место диссоциации между характером и тяжестью жалоб и поведением больных

Таким образом, у пациентов данной подгруппы депрессивный аффект усиливал патохарактерологические особенности, при этом по мере редукции аффекта сверхценные расстройства претерпевали обратное развитие до психологически понятных доминирующих образований.

3.4. Типологическая группа с аффект-диссоциированным механизмом развития сверхценных образований

У пациентов данной группы развитие сверхценных образований обнаруживало обособление от течения депрессии, вследствие чего устанавливалась относительная обособленность психопатологической конструкции сверхценного симптомокомплекса относительно аффекта. Сверхценные расстройства в этих случаях развивались по своим закономерностям, лишь отчасти связанным с депрессивным состоянием.

Данная группа наблюдений включала 21 пациента (29,58% от общего числа обследованных), средний возраст которых составил $30,5 \pm 1,6$ лет, незначительно преобладали женщины (52,4%). Феномен сверхценных образований становился актуален на фоне уже сформированного депрессивного аффекта, причем по мере развития аффективного состояния и его динамики актуальность сверхценных образований оставалась практически неизменной или обнаруживались диссоциации между аффектом и собственно феноменом сверхценных образований. Последующие длительные наблюдения подтвердили устойчивость обособленности динамики сверхценного образования относительно аффективного фона. Для этой группы весьма характерным признаком оказывалась разработанность и аргументированность фабулы сверхценного образования, ее длительность и относительная устойчивость, вполне отчетливо преобладал идеаторный компонент сверхценного симптомокомплекса. Сверхценные идеи, переживания, опасения, стремления, увлечения отражали свойство интравертированности, и зачастую их существование могло быть длительное время скрыто от окружающих. Аргументирующие факты в пользу правомерности умозаключения, накапливались постепенно. Тщательно и «логически» выверенная система апеллировала скорее к логическому толкованию, чем к аффективным выводам. Патологический характер суждений формировался постепенно, границы перехода суждений в сверхценный симптомокомплекс были трудно определимы, характерный признак заключался в предположительности идеи, а не в убежденности. Однако установление этого факта при данном механизме требовал тщательного психопатологического анализа и

длительного динамического наблюдения. Поведенческий компонент феномена сверхценных образований характеризовался выдержанностью, последовательностью с продуманностью действий, которые были связаны со сверхценным образованием. Аффективный компонент определялся устойчивостью, затяжным монотонным состоянием с отсутствием резких колебаний. Феномен сверхценных образований отличался устойчивостью и маловариабельностью, динамика которого могла быть ограничена присоединением или углублением расстройств невротического уровня. При колебаниях аффекта интенсивность проявлений сверхценных образований практически не претерпевала изменений. Напротив, эпизоды углубления депрессивного фона с усилением подавленности и тревоги, приводили к иллюзии частичной редукции интенсивности проявлений феномена сверхценных образований, однако по мере уменьшения интенсивности аффективных расстройств, прослеживалась неизменность фабулы и интенсивности сверхценных образований. Именно в этой группе сверхценный симптомокомплекс вне зависимости от выраженности и динамики депрессивного аффекта в части случаев приобретал тенденцию к дальнейшему расширению и достигал уровня сверхценного бреда, с постепенной редукцией критического отношения.

У пациентов данной группы сверхценные образования возникали на фоне депрессий умеренной степени тяжести, в рамках формализованной оценки средняя выраженность депрессивного аффекта на высоте состояния в этой группе составила 24 балла по шкале Гамильтона (Hamilton M. [163]).

Структура сверхценных образований в этой группе тематически была представлена преимущественно ипохондрическими (52,3%), дисморфофобическими образованиями (33,3%), а также сверхценными идеями изобретательства и реформаторства (14,4%). Особенностью являлась отчетливо выявляемая диссоциация между характером депрессивного аффекта и интенсивностью и устойчивостью сверхценных расстройств.

Ипохондрические сверхценные образования, которые проявлялись в неадекватной и гипертрофированной заботе о здоровье, также обнаруживали лишь частичную зависимость от изменяющегося радикала аффекта. Несмотря на то, что у

этих пациентов доминирующим являлся аффект тревоги, нередко в картине депрессии тревожный радикал сочетался как периодами проявления апатии, так и меланхолии. По мере редукции депрессивной симптоматики актуальность сверхценных образований оставалась практически неизменной.

Сверхценные расстройства *дисморфофобического содержания* обнаруживали сходную динамику проявления. На начальном этапе формирования депрессивного аффекта появлялись идеи неполноценности, которые зачастую диссимулировались пациентом. Доказательства своей ущербности имели определённую последовательность, были сопряжены со стремлением к попыткам его рационального толкования. Отмечалась односторонняя направленность мышления с детальной разработанностью и сосредоточением на «возможном изъяне» с крайней сложностью отвлечения от него. Патологический характер суждений формировался исподволь, границы перехода обычной субъективности суждений в сверхценный симптомокомплекс обычно совпадали во времени с усилением тревожного радикала аффекта и в дальнейшем коррелировали с его интенсивностью. Депрессивные состояния отличались выраженной дисгармоничностью депрессивной триады. По мере выхода из депрессивного состояния сверхценные образования приобретали обособленность.

Актуализация идей *реформаторства и изобретательства* отмечалась на фоне затяжного депрессивного состояния, протекающего с дисгармоничностью аффективной триады с превалированием идеаторного компонента, наряду со слабой выраженностью моторного и отчетливой атипией тимического компонента. Сверхценные расстройства формировались на основании реальных концепций, сопровождающихся трактовкой, не соответствующей их значению, имеющих для больных доминирующее значение. На высоте депрессивного аффекта феномен сверхценных образований мог иметь тенденцию к расширению, отрываться от реальных предпосылок, достигая уровня сверхценного бреда. При редукции симптомов депрессии феномен сверхценных образований оставался достаточно стабильным, однако, снижал свою аффективную насыщенность. У пациентов со сверхценными идеями *реформаторства и изобретательства* наиболее часто

(66,6%) феномен сверхценных образований, теряя связь с аффективными проявлениями, достигал уровня сверхценного бреда. Собственно трансформация идей от сверхценного уровня до бредового характеризовалась в первую очередь утратой критического к ним отношения, категоричностью, включением в структуру построений как несущих черты сверхценных, имеющих реальную основу, так и ложных идеаторных построений. При этом пациенты вели себя крайне самоуверенно, игнорируя все разумные указания и советы.

Таким образом, несмотря на колебание интенсивности депрессивного аффекта для пациентов этой группы была характерна устойчивость проявлений сверхценного образования, за счет идеаторного его компонента. Симптомы депрессии имели влияние лишь на проявление эмоционального компонента сверхценного образования, уменьшая его интенсивность и тем самым несколько снижая аффективную заряженность самого феномена сверхценного образования. Однако при этом редукция депрессивной симптоматики не видоизменяла тематики сверхценного образования, его динамики, то есть актуальность феномена сверхценных образований оставалась практически неизменной. Следовательно, депрессивный аффект по мере становления сверхценных образований утрачивал связь с ними и в последующем оказывал лишь патопластическое влияние.

* * *

Психопатологический анализ клинических наблюдений, позволил заключить, что феномен сверхценных образований не только является комплексным расстройством со сложной структурой, включающей в себя несколько компонентов, но и имеет несколько механизмов развития в структуре эндогенной депрессии. Вместе с выявлением типологических групп с различным механизмом развития сверхценных образований, также была обнаружена гетерогенность собственно сверхценных расстройств, которая заключалась в отличающейся степени выраженности отдельных компонентов феномена сверхценного образования в структуре депрессии. Отмеченные различия в психопатологических проявлениях сверхценных образований, их тематике, закономерностях развития, а также связь с

депрессивным аффектом и преморбидными особенностями позволяют предположить вовлеченность в их формирование принципиально различных патогенетических механизмов. Выделенные типологические конструкции сверхценных образований в рамках эндогенной депрессии, в основание которых положен механизм их становления, представляются значимыми для диагностического суждения. Установленные закономерности взаимосвязи аффекта с содержанием и динамикой развития феномена сверхценных образований, а также их зависимость от механизма формирования непосредственно влияют на выбор терапевтической тактики и определяют прогноз заболевания в целом.

ГЛАВА 4

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ, В РАМКАХ КОТОРЫХ РАЗВИВАЮТСЯ СВЕРХЦЕННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ. ВОПРОСЫ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ И ПРОГНОЗА

Тщательное изучение течения эндогенных заболеваний, в рамках которых развивались депрессии со сверхценными образованиями, сделало возможным обнаружить ряд закономерностей, относящихся как к специфике видоизменения собственно феномена сверхценных образований, так и к особенностям динамики заболеваний в целом.

Исследование закономерностей течения заболеваний показало, что манифестные депрессии составляли 33,8%. Возраст манифестации аффективных состояний варьировался в широких пределах — от 15 до 48 лет. Как показало исследование, манифестные депрессивные состояния чаще возникали аутохтонно (83,3%), либо под воздействием психогенных провокаций, среди которых преобладала смена жизненного уклада, реакции на соматическое заболевание. Длительность манифестных депрессий составляла от месяца до 4 лет (в среднем 10 месяцев).

В большинстве наблюдений (86,8%) для манифестных депрессий была характерна простая структура, при которой расстройства ограничивались симптомами депрессии. В остальных случаях (13,2%) манифестная депрессия характеризовалась структурным полиморфизмом, при котором уровень представленных расстройств не ограничивался аффективным, наблюдались явления других психопатологических регистров (деперсонализация, вычурные навязчивости, сенестопатии). Исследование показало, что полиморфные манифестные депрессии, по сравнению с депрессиями простой структуры, чаще развивались в рамках шизофрении.

Манифестные депрессии простой структуры были представлены тревожными (46,1% наблюдений), тоскливо-тревожными (21,4%), меланхолическими (18,4%), апато-динамическими (13,4% случаев) и анестетическими (5,7% случаев)

депрессиями. Большая часть состояний (90,5%) с момента их формирования до полной редукции характеризовались принадлежностью к одной и той же структурной разновидности депрессий; в 9,5% случаев на протяжении депрессии происходила смена психопатологической картины депрессии.

При повторных приступах в ряде случаев отмечалось утяжеление симптомов депрессий. Динамика степени тяжести депрессивного аффекта при повторных приступах скорее приближалась к волнообразной: отмечалось чередование более глубоких по степени тяжести депрессий с периодами ослабления клинических проявлений во время активной терапии или в периоды кратковременных гипоманиакальных фаз при биполярном течении. Наиболее тяжелыми в некоторых наблюдениях являлись манифестные депрессии, в других - исследуемые. В части наблюдений было отмечено, что в картине депрессивных состояний намечалась тенденция к формированию атипичных картин с дисгармонией аффективной триады, увеличением удельного веса неврозо- и психопатоподобной симптоматики - эти особенности выявлены среди случаев, в которых больные перенесли 3 и более состояния. В ряде случаев повторные аффективные состояния возникали лишь в условиях психотравмирующей ситуации, что указывало на сниженную резистентность таких пациентов к действию разнообразных внешних факторов.

В результате анализа динамики аффективных приступов были выявлены особенности, связанные с монополярным и биполярным типами их течения. С монополярной формой течения было проанализировано 126 аффективных приступов (78,3%). Депрессии, по большей части, отличались структурной простотой, относительной гармоничностью депрессивной триады и по психопатологической картине в большинстве случаев повторяли манифестные состояния, отличаясь от них лишь более быстрым темпом нарастания выраженности проявлений депрессии. Изучение динамики глубины депрессий не выявило каких-либо закономерностей - в половине наблюдений наиболее тяжелой была манифестная депрессия, в другом случае они уступали по тяжести депрессиям, наблюдаемым в ходе исследования. В части случаев на всем протяжении заболевания прослеживалось влияния реактивных факторов в качестве пускового

фактора развития депрессий. Выраженность депрессивного синдрома в исследуемых нами аффективных приступах колебалась от легкой степени до тяжелой. Однако, и при легкой выраженности депрессивной симптоматики, эти состояния оказывали значительное влияние на качество жизни больных, становясь причиной госпитализации. Самостоятельно обошлось 12 депрессий. В 32 случаях пациенты обращались за амбулаторной помощью, а 82 депрессии явились поводом для госпитализации в психиатрический стационар.

С биполярным типом течения было проанализировано 35 приступов, из которых 17 депрессивных, 6 гипоманиакальных и 12 сдвоенных или строенных. В 5,7% наблюдениях манифестные депрессии последовали за гипоманиями и являлись дебютом приступа. Продолжительность приступов была от месяца до полутора лет (в среднем 13 месяцев), при частоте фазообразования - один аффективный приступ в год (среднее значение). Самостоятельно обошлось 7 приступов, развитие 6-ти привели к амбулаторным обращениям за врачебной помощью, а 22 приступа потребовали госпитализации. Глубина гипоманиакальных расстройств была средней степени выраженности и ни разу не достигла степени мании. Депрессии отличались синдромальной простотой и картиной, близкой к проявлениям классических циркулярных депрессий. Особенностью динамики глубины аффективной патологии при биполярном типе течения был ее волнообразный характер: глубокие депрессии чередовались с умеренно выраженной депрессией. В одних наблюдениях наиболее тяжелыми являлись манифестные аффективные приступы, в других - наиболее тяжелой текущей депрессии предшествовали одинаковые по тяжести менее глубокие аффективные приступы. Ремиссии при биполярной форме отличались меньшей длительностью, чем в монополярном типе течения.

В целом, как при монополярной, так и при биполярной форме, наиболее длительные ремиссии имели место после манифестного состояния, реже после второго, затем их продолжительность уменьшалась. В большинстве случаев (54,4%) по миновании депрессивного состояния у пациентов полностью редуцировались все болезненные проявления, не выявлялось признаков изменения структуры личности,

появления черт шизофренического дефекта, что позволило говорить о фазном характере заболевания.

В части наблюдений (12,7%) ремиссиям был присущ ряд особенностей: наличие аффективных расстройств, не достигающих уровня приступов – появление или усиление реактивной (4,3% наблюдений) или аутохтонной лабильности настроения (8,4% наблюдений), более длительные циклотимоподобные колебания аффекта, как правило, сезонные (7% наблюдений). В 9,8% наблюдениях имела место неврозо- и психопатоподобная симптоматика, существовавшая независимо от наличия или отсутствия аффекта.

В 21,1% случаях по данным объективного анамнестического исследования были выявлены негативные изменения личности различного характера. Выявленные расстройства имели самостоятельную, не зависящую от аффективных расстройств динамику. Негативные расстройства были выражены незначительно и проявлялись в той или иной комбинации в виде личностных изменений, явлений психической уязвимости, снижении социально-трудовой адаптации, склонности к рационализму, эмоциональной холодности, своеобразных нестандартных форм поведения, обеднения круга интересов и общения. Имели место также психопатоподобные изменения, которые проявлялись в виде эгоцентричности, капризности, а зачастую и грубости по отношению к близким. В каждом клиническом наблюдении указанные негативные изменения не достигали значительной степени выраженности, однако отмечалась комбинация перечисленных особенностей, что и позволило нозологически рассматривать состояния в рамках эндогенного процесса.

Нозологическая принадлежность пациентов представлялась не всегда однозначной. Так, в одних наблюдениях аффективные приступы подвергались полной редукции с формированием интермиссий и сохранением доманифестной личностной структуры, а в других имели место проявления прогрессивного течения с формированием негативных изменений, что позволило условно отнести их к заболеваниям аффективного круга (рекуррентное депрессивное и биполярное аффективное расстройства) и шизофрении соответственно. Вместе с тем, это разделение являлось весьма условным, поскольку во всех подгруппах имелись

«краевые» варианты, принадлежность которых к той или иной нозологической единице оставалась достаточно спорной.

В рамках различных нозологических форм сверхценные образования демонстрировали как сходство, указывая на нозологическую нейтральность, так и некоторые характерные особенности.

С целью решения вопроса дифференциального диагноза и прогноза депрессий со сверхценными образованиями был проведен сравнительный анализ диагностически и прогностически весомых показателей каждой нозологической группы в отдельности. Так помимо определения типа механизма развития сверхценных образований учитывались наследственная отягощенность, особенности преморбидного склада, динамика развития заболевания, его течения и данные катamnестического обследования.

4.1. Клинические особенности эндогенных заболеваний аффективного круга, с картинами приступов в виде депрессий со сверхценными расстройствами

Данную нозологическую группу составили 35 пациентов (13 из них с катamnестическим наблюдением), 20 женщин и 15 мужчин, что составило около половины (49,29%) от общего числа обследованных.

В 82,8% наблюдений уже в первом приступе прослеживалось возникновение сверхценных образований: в случае монополярного течения – в 23 наблюдениях из 26, в случае с биполярным течением – у 6 из 9 пациентов. Необходимо заметить, что в 2 случаях с биполярным течением заболевания, манифестировавших с гипоманиакального состояния, первый депрессивный приступ в динамике заболевания также протекал со сверхценными расстройствами. В случае начала болезни с депрессии, в структуре которой отсутствовали сверхценные образования (17,2%), сверхценные расстройства обнаруживались во втором приступе в 11,4% случаях и в 5,8% случае – в третьем.

Структура собственно сверхценных образований не претерпевала значительных изменений на протяжении аффективного заболевания. Все сверхценные расстройства, возникавшие в структуре депрессивных состояний, отличались между собой только глубиной, которая всегда находилась в прямой взаимосвязи с тяжестью депрессий в целом. В большинстве случаев (31 пациента) сверхценные образования гармонично редуцировались при угасании аффективных нарушений. Однако у 2-х пациентов (5,7%) этой нозологической группы, не смотря на редукцию депрессивной симптоматики, феномен сверхценных образований оставался актуальным, лишь незначительно снижая свою интенсивность. Оба случая относились к аффективным заболеваниям с биполярным типом течения. Так, у пациентов выделенной нозологической группы отчетливо преобладал аффект-аффилированный механизм развития сверхценных образований в структуре депрессии (94,3% случаев), аффект-диссоциированный механизм развития

встречался в 5,7% случаев. Вариант с аффект-ассоциированным механизмом развития сверхценных расстройств отсутствовал.

Исследование тематики сверхценных образований показало, что в данной нозологической группе преобладали сверхценные идеи ипохондрического и дисморфофобического содержания. Отличительной особенностью этой группы являлось наличие сверхценных расстройств, связанных с эмоционально значимыми семейными утратами, они наблюдались лишь в описываемой нозологической группе. В ряде случаев (14,2% наблюдений) в течение заболевания сверхценные расстройства менялись по тематике у одного и того же пациента. У 5,7% больных (2 человека) в одном аффективном приступе отмечалось одновременное сосуществование нескольких видов сверхценных образований (ипохондрического и дисморфофобического содержания), с определенным доминированием одного из них.

Средний возраст манифестации заболеваний с монополярным типом течением составлял 34,26 лет (от 24 до 44 лет). Преобладал возраст старше 30 лет. При биполярном течении средний возраст начала заболевания составлял 25,32 года (от 16 до 34 лет). Преобладал возраст менее 25 лет. В подгруппе с монополярным течением был проанализирован 41 аффективный приступ, которые были представлены тревожными (22) депрессиями, меланхолическими (8), тоскливо-тревожными (6) апато-динамическими (5).

В подгруппе с биполярным типом течения было подвергнуто анализу 35 приступов (17 депрессивных, 6 гипоманиакальных и 12 сдвоенных/строенных). У 2-х пациентов было отмечено, что манифестные депрессии следовали за гипоманиями, являясь дебютом сдвоенной фазы. По синдромальной структуре депрессии (как самостоятельные, так и являвшиеся частью сдвоенных приступов) являлись тревожными (16), тоскливо-тревожными (9) и меланхолическими (6), апатическими (4).

В одном случае манифестная гипомания являлись продуктивной с повышенной активностью, направленной на достижение реальных целей, сопровождалась повышенной работоспособностью, чрезмерной общительностью,

ощущением радостного настроения и некоторой лёгкости, сверхценными образованиями не сопровождались. В другом - гипоманиакальное состояние характеризовалось стёртостью собственно тимических проявлений, без ощущения пациентом весёлого или приподнятого настроения, а проявлялось состоянием взбудораженности в сочетании с повышенной активностью и некоторой конфликтностью, что сближало данное расстройство с аффективно – смешанным состоянием (сверхценные расстройства здесь также отсутствовали).

Длительность заболевания в случае монополярного течения в этой группе варьировала в пределах от 3 месяцев до 36 лет (в среднем 8,9 лет). В 5 (14,3% пациентов) наблюдениях исследованная нами депрессия являлась единственным приступом заболевания, остальные пациенты (85,7%) перенесли от 2 до 6 депрессивных приступов. В случае манифестации заболевания с депрессии со сверхценными образованиями, у 24 пациентов все последующие депрессивные состояния также сопровождались сверхценными расстройствами. Как правило, депрессии, в структуре которых присутствовал феномен сверхценных образований, уступали по тяжести последующим аффективным приступам, протекающим со сверхценными расстройствами. Сверхценные образования в структуре депрессии при монополярном ее течении отличались большей интенсивностью по сравнению с биполярным типом.

В 91,4% случаев перенесенные аффективные состояния характеризовались полной обратимостью, по их миновании констатировалась сохранность доманифестного личностного склада, что позволило говорить о фазном характере их динамики. Ремиссии после завершения исследованных депрессий отличались высоким качеством: 17,1% больных (6 человек) были не только полностью адаптированы в жизни, но и получили новую, более престижную специальность, у 12 человек (34,3%) отмечался профессиональный рост в пределах прежней специальности, а 17 пациентов (48,6%) сохранился исходный уровень трудовой адаптации. В 8,6% случаев (3 человека), изначально включенных в группу аффективного заболевания, впоследствии можно было обнаружить склонность к социальной изоляции, снижение инициативы, активности, психической

продуктивности, эмоциональной нивелировки, парадоксальности суждений, что при диагностической оценке свидетельствовало о наличии процессуального заболевания. Согласно критериям МКБ-10 распределение больных осуществлялось следующим образом: рекуррентное депрессивное расстройство (F33.1, F33.2) – 21 случай (60 %), биполярное аффективное расстройство (F31.3, F31.4) – 9 (25,7 %), депрессивный эпизод (F32.1, F32.2) – 5 (14,3 %).

При изучении особенностей конституционально-личностного склада в этой группе обследованных было выявлено явное преобладание психастенических личностей с тревожно-мнительными чертами (42,8%), а также преобладали личности, которые были боизки по своему психическому складу к сензитивным шизоидам (31,4%). Среди оставшихся (25,8%) были выделены другие конституционально-характерологические типы представленные параноическими чертами (F-60.0), гипертимными (F-60.8), истеропсихастеническими (F-61.0), эмоционально-неустойчивыми (P-60.3) особенностями конституционально-личностного склада. У всех пациентов, относящихся к данной группе, уровень выраженности личностных черт был оценен как норма.

Семейный анамнез у пациентов описываемой нозологической группы с учетом родственников I степени родства отмечен у 48,6%, а с учетом II степени - у 42,8% больных. При этом среди психической патологии было выявлено явное преобладание аффективных заболеваний (F31, F32, F33, F34) - 31,5,% и 25,0% соответственно. Наследственная отягощенность шизофренией у родственников I степени родства отмечена в 5,7% случаев, различные патохарактерологические личностные особенности – 11,4%. Среди родственников II степени родства по частоте аффективных заболеваний – 20%; патохарактерологические особенности – 14,2%, и в 8,6% отмечалось наличие эндогенного процесса.

Таким образом, анализ полученных результатов выявил, что эндогенные заболевания аффективного круга имеют некоторые особенности в зависимости от моно- или биполярного течения аффективных приступов. В обоих случаях депрессии характеризовались структурной простотой и полной обратимостью

аффективной симптоматики. Течение биполярной формы имеет ряд особенностей: более ранний возраст манифестации заболевания ($p < 0,01$), меньшая глубина манифестных аффективных фаз, более частое фазообразование ($p < 0,05$), менее продолжительные ремиссии, преобладание аутохтонных механизмов формирования депрессий ($p < 0,01$), а также в 22,2% случаях (у 2-х пациентов из 9) сохранение сверхценных образований, несмотря на редукцию депрессивной симптоматики. Монополярная форма отличалась меньшей частотой фаз и глубиной аффективной симптоматики, однако по длительности приступов преобладала над биполярной формой, вследствие чего прогностическая значимость обеих форм в отношении качества жизни была оценена как приблизительно равная. Сверхценные образования относились к типологическому варианту с аффект-аффилированным механизмом развития, зависели от глубины аффективных расстройств и присутствовали на всем протяжении депрессивного приступа, от его начала до формирования ремиссии. Стоит также сказать о преобладании в преморбиде психастенических личностей, а также личности, по своему психическому складу относящиеся к сензитивным шизоидам.

4.1.1. Клинические особенности депрессий со сверхценными расстройствами у пациентов с акцентуацией личности

Исследование показало, что у 12 больных из общей когорты также как в первой группе был выявлен фазный характер заболевания, причем *общим с описанной группой* являлась полная обратимость аффективной симптоматики и сохранность доманифестной личностной структуры. Анализ динамики заболевания показал, что *в отличие от первой группы*, здесь у пациентов имелись определенные особенности характера, а также выявлялись доминирующих образований, что накладывало свой отпечаток на специфику течения болезни. К особенностям также относилось возникновение аффективных состояний в основном в условиях психотравмирующей ситуации, при которой доминирующие образования претерпевали изменения и переходили в ранг сверхценных расстройств. Перечисленные особенности накладывали отпечаток на течение болезни, что позволило отнести этих пациентов к отдельной подгруппе со сверхценными образованиями в структуре депрессиями у пациентов с акцентуацией личности.

При выделении больных данной подгруппы учитывались данные как клинического, так и катamnестического обследования. В подгруппу было включено 12 пациентов (7 женщин и 5 мужчин) с определенными особенностями характера и, как правило, наличием доминирующих идей.

Как показало исследование, возраст пациентов этой группы на момент манифестации депрессивного состояния в большинстве случаев составлял от 23 до 26 лет (79,0%). Как правило, манифестация депрессии происходила в условиях неблагоприятно складывающихся и субъективно тяжелых для пациентов обстоятельствах. Наиболее часто развитию депрессивного состояния способствовали такие субъективно значимые, психотравмирующие ситуации, как болезнь близкого человека, любовная неудача, вынужденная смена места жительства, недоброжелательный коллектив. Стоит подчеркнуть, что события во всех случаях носили характер высокой индивидуальной значимости для конкретного пациента, казались им неразрешимыми и занимали решающее место в развитии депрессивного состояния с соответствующими тематике сверхценными

идеями. Аффективные манифестные состояния в 58,3% случаях повлекли за собой госпитализацию, в амбулаторных условиях получали антидепрессивную терапию 25% пациентов, в 16,7% наблюдениях больные к психиатрам за помощью не обращались. Манифестным приступом в 50 % наблюдений являлась тревожная депрессия, в 33,3% - меланхолическая, 16,7% наблюдений пришлось на апатическую и анестетическую депрессию.

Отдельного внимания заслуживает динамика собственно сверхценных образований на протяжении заболевания. В картине депрессий у пациентов этой группы отмечалась усиление патохарактерологических черт с трансформацией имеющихся доминирующих идей в сверхценные образования. Однако, на этом развитие сверхценных образований заканчивалось, ни в одном случае не достигая бредового уровня. Так, преобладал аффект-ассоциированный механизм развития сверхценных образований (91,4% случаев). Аффект-диссоциированный вариант отмечался в 8,6% случаев. Аффект-аффилированный механизм развития сверхценных расстройств полностью отсутствовал. При этом, у одного и того же больного механизм развития сверхценных образований мог меняться от фазы к фазе (1 пациент из 12). У большинства 77,7% пациентов (7 из 9), перенесших повторные аффективные приступы, интенсивность сверхценных расстройств оставались сходными у одного и того же больного в течение заболевания. В 1 случае отмечалась тенденция к уменьшению интенсивности сверхценных образований в последующих приступах. При редукции депрессивной симптоматики, прослеживалась тенденция к обратному развитию сверхценных расстройств, то есть их трансформация в доминирующие образования.

Сверхценные образования в этой подгруппе тематически были представлены преимущественно ипохондрическими, дисморфофобическими образованиями, а также сверхценными идеями ревности.

Всего было изучено 38 аффективных состояний, 29 из которых имели в своей картине сверхценные расстройства. Депрессивные состояния отличались фазным характером течения, превалированием психогенных механизмов формирования и структурной простотой, небольшой длительностью (как правило, несколько месяцев)

и умеренной тяжестью. Чаще встречались тревожные и меланхолические депрессии, при этом в отдельных наблюдениях тревожные депрессии чередовались с меланхолическими. Несмотря на то, что большинство аффективных фаз имели простую структуру, в 6 случаях депрессия отличалась полиморфизмом и помимо собственно тимических проявлений включала наличие невротической симптоматики в виде сомато–вегетативных и тревожно – фобических расстройств. Также одна депрессия протекала с массивной сенесто – ипохондрической симптоматикой.

Больные в этой подгруппе перенесли от 1 до 5 приступов, при этом изученное в ходе исследования аффективное состояние было первым в динамике заболевания (5 наблюдений), вторым и третьим (по 2 наблюдения). При этом в большинстве наблюдений эти депрессивные состояния по своей синдромальной характеристике соответствовали первой манифестной депрессивной фазе. Глубина аффективных приступов и их длительность оставались примерно равными у одного и того же больного в течение заболевания (варьировала от 1.5 до 6 месяцев), в 2 наблюдениях, напротив, отмечалось утяжеление симптомов депрессии в течение заболевания.

В клинической картине депрессий на фоне сниженного настроения наряду с чувством грусти, уныния, всегда присутствовали размышления о психотравмирующих обстоятельствах. Также в некоторых случаях прослеживались стертость тимического компонента аффективной триады, явления интеллектуальной заторможенности (что отражалось на успеваемости больных), часто имела место психопатоподобная симптоматика в виде конфликтности, раздражительности, употребления ПАВ. Несмотря на существенное сходство представленных депрессивных состояний, как по характеру развития, так и по клинической картине с реактивными депрессиями, по нескольким критериям оказалось невозможным отнести их к разряду психогенных депрессий. Так отмечалось несоответствие тяжести и продолжительности депрессии характеру психотравмирующего фактора. Депрессивные состояния продолжали сохраняться в течение продолжительного

времени (от недель до нескольких месяцев) после условного разрешения психотравмирующей ситуации.

Болезненные проявления ограничивались умеренными депрессивными, сверхценными, астено-вегетативными и истероформными расстройствами. В состоянии аффективного напряжения, иногда отмечались кратковременные идеи отношения, так же крайне лабильные и тесно связанные с остротой переживания. Например, при сверхценных идеях ревности, пациент считал, что его знакомые догадываются об «изменах» и «обманах» его супруги. Также обращала на себя внимание реакция обиды и отказ от встреч (в некоторых случаях и отказ от «продолжения отношений») с родными по несущественным поводам. В структуре депрессии не отмечалось явлений деперсонализации, дереализации, нарушений мышления по шизофреническому типу.

Результаты катamnестического исследования показали, что у пациентов этой группы не обнаруживалось признаков эмоционального снижения, нарушения трудоспособности, усложнение психопатологической структуры аффективных расстройств. Все больные в последующем отмечали высокую степень социальной адаптации. Длительность ремиссий составила от 1 года до 7 лет (средняя продолжительность – 2,8 лет), они отличались хорошим качеством.

При оценке конституционально-личностных особенностей пациентов этой группы их выраженность соответствовала акцентуации. При изучении особенностей структуры личностного склада нами были выделены эмоционально-неустойчивый тип личности, мозаичные шизоиды, истерический тип, сенситивные шизоиды, стеничные шизоиды. Наиболее преобладающим оказался тип, представленный параноическими чертами (60%).

Семейный анамнез в этой нозологической группе с учетом родственников I степени была выявлена у 58,3% пациентов, а с учетом II степени родства - у 42,1%. Из психической патологии у родственников I степени родства явно преобладали личностные аномалии (41,6%) различной степени (от акцентуации до расстройства личности). Среди родственников II степени родства по частоте встречаемости

преобладал алкоголизм (26,5%) и патохарактерологические личностные особенности (15,6%).

Таким образом, проведенное клинико-катамнестическое исследование у пациентов с депрессиями со сверхценными расстройствами у пациентов с акцентуацией личности выявило, что аффективные состояния отличались психогенной провокацией приступов с отражением психогении в их структуре. Повторные депрессии возникали часто также в условиях психотравмирующей ситуации, что указывает на сниженную резистентность этих больных к действию разнообразных внешних факторов. В период ремиссии свойственные им доминирующие образования в части случаев находили место в дальнейшей профессиональной деятельности или сохранялись как хобби наряду с работой по специальности.

4.2. Клинические особенности малопрогрессирующей шизофрении протекающей с формированием очерченных во времени депрессивных состояний со сверхценными образованиями

Данную нозологическую группу составили 24 человека, из них 12 женщин и 12 мужчин. Возраст к началу заболевания варьировался в широких пределах — от 15 до 40 лет, в среднем – 23,7 лет. Как показало исследование, у пациентов этой группы манифестные депрессивные состояния чаще возникали аутохтонно (83.3%), в редких случаях после воздействия экзогенных вредностей, среди которых преобладали ситуации смены жизненного уклада и учебного стереотипа. Так, независимо от продолжительности болезни (которая в этой подгруппе составила от 3 до 28 лет), больные перенесли от 2 до 4 приступов.

В наблюдениях, где имело место большое количество депрессивных приступов, в большинстве случаев прослеживалась следующая закономерность – манифестное состояние имело затяжной характер течения, последующие депрессии отличались меньшей длительностью, однако их продолжительность нарастала от приступа к приступу.

Всего был произведен анализ 47 аффективных приступов. За исключением пяти наблюдений (20,8% случаев), все исследуемые состояния в данной группе заболевания являлись повторными. Как правило, длительность депрессивных состояний постепенно увеличилась на протяжении заболевания. Практически в половине наблюдений (54.2%) для депрессий была характерна простая структура, при которой расстройства ограничивались аффективным уровнем. В остальных случаях (45.8%) депрессия характеризовалась структурным полиморфизмом, уровень представленных расстройств не ограничивался аффективным, наблюдались явления других психопатологических регистров. Манифестные депрессии были представлены тревожными (25% наблюдений), тоскливо-тревожными (20,8%), меланхолическими (16,6%), апато-динамическими (16,6% случаев), анестетическими (12,5% случаев) и сенесто-ипохондрическими (8,5% наблюдений) депрессиями. В отличие от двух других клинических групп, здесь значительно реже

наблюдались случаи с наличием на протяжении заболевания депрессий только одной структуры (9 из 35). Однако в каждом приступе депрессия с момента формирования до полной редукции характеризовалась принадлежностью к одной и той же структурной разновидности, ни в одном случае на протяжении депрессии не отмечалось смены ее психопатологической картины. С течением времени картина депрессивных состояний менялась: простые манифестные депрессии во втором (8 наблюдений) и в третьем (5 наблюдений) по счету депрессивных состояниях от начала заболевания видоизменялись, приобретая черты атипичности с дисгармонией аффективной триады, увеличением удельного веса невротическо- и психопатоподобной симптоматики. Тем не менее, продолжали отчетливо прослеживаться эндогенные черты, наряду с этим во всех случаях в той или иной мере были выявлены специфические нарушения мышления по шизофреническому типу (наплывы, соскальзывание мыслей, ощущение пустоты в голове).

Помимо видоизменения картины депрессий в целом, отдельного внимания заслуживает динамика собственно сверхценных образований на протяжении заболевания. У 9 из 19 больных, перенесших повторные депрессии, прослеживалась тенденция к постепенному утяжелению сверхценных расстройств в виде возможного перехода с уровня сверхценных нарушений к уровню бредовых расстройств. У 2 больных к моменту исследования отмечалась тенденция к уменьшению интенсивности сверхценных образований в последующих приступах, что, возможно, было связано с непрерывным приемом психофармакологических средств. В части случаев (37,5%, 9 пациентов) сверхценные образования на высоте депрессивного состояния приобретали завершённый вид, резко усиливались, достигая уровня сверхценного бреда. В этих случаях усложнение картины феномена сверхценных образований в течение заболевания сочеталось с появлением симптоматики неаффективных регистров в структуре депрессии (ипохондрической, истероформной, психопатоподобной). При этом типологическая принадлежность сверхценных образований не менялась ни в одном случае. Со снижением интенсивности депрессивной симптоматики феномен сверхценных образований несколько терял аффективную насыщенность, однако, по мере стабилизации

состояния, в период ремиссии, редукции сверхценных расстройств не отмечалось, они становились относительно постоянными и существовали вне связи с аффектом.

Исследование тематики сверхценных образований показало, что в данной группе преобладали сверхценные идеи ипохондрического и дисморфофобического содержания. Отличительной особенностью являлось наличие сверхценных идей изобретательства и реформаторства, которые встречались только в этой группе. При этом в 20,8% случаях у одного и того же больного тематика сверхценных образований могла изменяться от фазы к фазе (5 пациентов из 24-х). В 4,1% (1 пациент) наблюдений у больного отмечалось одновременное сосуществование нескольких видов сверхценных расстройств, с определенным доминированием одного из них.

Средняя длительность ремиссии в этой когорте больных составила более 2 лет (27,5 месяцев), что говорит об относительно доброкачественном течении эндогенного процесса. Наиболее длительные ремиссии имели место после манифестного состояния, реже после второго (2 наблюдения), затем их продолжительность уменьшалась. Подобная особенность была выявлена у 16 из 24 пациентов (в остальных случаях изученный приступ являлся манифестным). Ремиссии, как правило, отличались высоким качеством, в то же время им был присущ ряд особенностей: появление реактивной или аутохтонной лабильности настроения, циклотимоподобные колебания аффекта, как правило, сезонные, либо их ларвированные варианты.

В процессе развития заболевания по данным длительного наблюдения у всех пациентов этой группы в той или иной степени было выявлено формирование и нарастание негативных изменений личности различного характера. В одних случаях имело место преобладание психопатоподобных расстройств, в других - снижение по типу простого дефицита. Обращало на себя внимание снижение социально-трудовых показателей, наличие субпсихотической симптоматики. Негативные расстройства проявлялись также в личностных изменениях, явлениях психической уязвимости. Наблюдались явления «дрейфа», склонность к рационализму, эмоциональная холодность, редукция сенситивных черт, своеобразные

нестандартные формы поведения, эгоцентризм с гедонистическими установками, интеллектуальное снижение, обеднение круга интересов и общения. Имели место также психопатоподобные изменения, которые проявлялись в виде эгоцентричности, капризности, а зачастую и грубости по отношению к близким людям. Оценка перечисленных негативных расстройств осуществлялась в течение всего исследования (при помощи шкал PANSS и SANS) - при поступлении и на этапе ремиссии, становление которой также подтверждалось результатами шкал. Также проводилась ретроспективная оценка негативных расстройств и катамнестический анализ состояния больных.

В результате анализа была доказана независимость этих изменений от аффекта и нозологическая принадлежность заболевания к шизофрении с приступообразно-прогредиентной формой течения с малой прогредиентностью. По шкале PANSS общие показатели негативных синдромов находились в диапазоне от 13 до 20 баллов, по шкале SANS - от 37 до 52 баллов (что соответствовало среднему уровню нарушений).

Анализ социально-трудовых показателей выявил, что в большинстве случаев трудоспособность сохранялась, описанные аффективные приступы не вызывали существенного снижения или потерю квалификации. Однако эти показатели были хуже по сравнению с группой непродессуальных эндогенных заболеваний. Социально-трудовые показатели наблюдений группы шизофрении представлены в таблице х.

Учитывая тот факт, что течение заболевания во многом определяется его продолжительностью, оценка основных тенденций течения болезни у пациентов данной группы проводилась по состоянию на момент катамнестического наблюдения длительностью от 2 до 7 лет (как было установлено, такой период катамнеза был вполне достаточным для общей оценки течения заболевания). С этой целью нами были применены унифицированные критерии исхода шизофрении, разработанные G. Huber с соавт. (1979) и широко использовавшиеся при катамнестических исследованиях. Так, у 20,8% обследованных основные тенденции течения заболевания были благоприятными, отмечался хороший уровень

социальной адаптации; в большинстве случаев (62,5%) наблюдался относительно благоприятный прогноз заболевания с частичным сохранением трудовой адаптации; у 16,7% обследованных были отмечены относительно неблагоприятные тенденции течения заболевания с потерей трудовой адаптации, но с частичной социальной компенсацией. Неблагоприятное течение заболевания с полной социальной и трудовой дезадаптацией нами отмечено не было.

При оценке основных тенденций течения болезни обнаружилась тесная корреляция с выделенными нами типологическими разновидностями. Как показал анализ, в данной нозологической группе в картине депрессии наблюдался по большей части аффект-диссоциированный типологический вариант развития сверхценных образований (75% случаев), аффект-ассоциированный механизм развития встречался в 16,7% случаях и в 8,3% - аффект-аффилированный. Было установлено, что для депрессии с аффект-аффилированным механизмом развития сверхценных образований характерной особенностью была редукция сверхценных расстройств, и на первый план в психическом статусе выступали нерезко выраженные негативные изменения. Для случаев, где депрессия протекала с аффект-диссоциированным механизмом развития сверхценных образований, был характерен относительно неблагоприятный исход с сохранением сверхценных расстройств. При том, что феномен сверхценных образований носил несколько меньшую, чем в период депрессии аффективную насыщенность, он по-прежнему занимал доминирующую в сознании, субъективно значимую позицию, оставался связан с личностью и конкретными обстоятельствами, при этом поддавался частичной коррекции. В большинстве случаев, все это, тем не менее, не приводило к социально-трудовой дезадаптации пациентов.

При изучении конституционально-личностных особенностей пациентов этой группы было выявлено преобладание мозаичных шизоидов (30,0%), паранойяльные личности занимали второе место (25,0%), сенситивные шизоиды и истерошизоиды составили по 22,5% случаев. У всех пациентов, относящихся к данной группе, уровень выраженности личностных черт был оценен как норма или акцентуация.

Семейный анамнез психической патологии в этой группе оказалась выше, чем в предыдущей у родственников первой степени и ниже у родственников второй степени родства. Так, с учетом первой степени родства наследственная отягощенность составила 62,5% (против 48,6% в первой нозологической группе), и с учетом второй степени родства - 33,3% (против 42,8%). Среди родственников первой степени родства были наиболее частыми случаи вялотекущей шизофрении (29,2%). В 8,3% случаях была отмечена приступообразно-прогредиентная форма шизофрении. Среди родственников второй степени родства также была отмечена высокая частота отягощенности шизофренией (20,8%), 12,4% страдали вялотекущей формой шизофрении, и в равном количестве было отмечено наличие приступообразной-прогредиентной и рекуррентной формы шизофрении (4,2% соответственно). Особенности конституционально-личностного склада родителей пациентов: в 8,3% случаях была выявлена акцентуация характера и в 4,2% - декомпенсация расстройства личности. Наследственная отягощенность аффективными заболеваниями составила 12,5% и 12,5% для родственников первой и второй степени родства соответственно.

Исходя из полученных данных, к общим закономерностям динамики заболевания в группе с формированием очерченных аффективных приступов со сверхценными расстройствами в рамках шизофрении можно отнести: преобладание случаев с ранним началом заболевания, малую степень прогредиентности эндогенного процесса, что касается как отсутствия грубых дефицитарных проявлений, так и изменений социально-трудового статуса. Отличительным признаком являются также диагностированные у этих больных расстройства мышления, характерные для эндогенного процесса. Наблюдаемая в 9 случаях (37,5%) трансформация сверхценных расстройств в сверхценный бред также является важной отличительной особенностью данной группы. При анализе катamnестических данных, свидетельствующих о стабильности и достаточно высоком уровне сформировавшейся ремиссии, с точки зрения социальных оценок и прогноза, состояние больных по завершении активного этапа болезни и наступлении

ремиссии при соответствующих социальных решениях может быть расценено как достаточно благоприятный исход.

* * *

Таким образом, проведенное сравнительное исследование сверхценных образований в структуре депрессий данных нозологических групп выявило ряд межнозологических различий как в механизмах развития феномена сверхценных образований, так и в особенностях его клинического оформления.

Было установлено, что синдром сверхценных образований является нозологически нейтральным, имеет разный механизм и темп развития, клинически проявляется в виде многообразных вариантов, отличающихся большим диапазоном выраженности.

Было показано, что сверхценные образования в рамках изученных депрессий представляли собой психопатологическое образование, которому свойственны также определенные закономерности и особенности внутренней динамики:

- формирование сверхценных расстройств могло происходить как в структуре манифестной фазы, так и во втором/третьем аффективном состоянии;
- нарастание аффективной насыщенности сверхценных образований от приступа к приступу, которые в первых состояниях были сходны по структуре с доминирующими образованиями, а в последующих приступах усиливались, трансформируясь из доминирующих в типичные сверхценные расстройства;
- чередование сверхценных и доминирующих образований, в зависимости от выраженности депрессивных проявлений (характерно для пациентов с акцентуацией личности);
- чередование сверхценных расстройств и сверхценного бреда, в зависимости от выраженности депрессивных проявлений (характерно для эндогенного заболевания с наличием прогрессивного типа течения);

- сверхценные образования обнаруживались в структуре депрессий как с аутохтонным, так и психогенным механизмом развития.

Так, для заболеваний аффективного круга в процессе стабилизации состояния была характерна достаточно равномерная динамика с гармоничным уменьшением интенсивности компонентов сверхценных расстройств вплоть до полного их исчезновения. В подгруппе у пациентов с акцентуацией личности феномен сверхценных образований по мере редукции депрессивного аффекта претерпевал обратное развитие и сохранялся в виде психологически понятных доминирующих образований. Во второй нозологической группе (эндогенных заболеваний с наличием прогрессивного типа течения) при редукции депрессивной симптоматики актуальность феномена сверхценных образований оставалась практически неизменной, то есть депрессивный аффект по мере стабилизации состояния утрачивал связь со сверхценными образованиями, что и приводило к сохранению последних в клинической картине заболевания. Причем трансформация в бредовые идеи (через сверхценный бред) наблюдалась только при шизофрении.

Сравнительно-нозологическое изучение структуры феномена сверхценного образования позволило выявить определенные особенности. Как показал анализ, для заболеваний аффективного круга был характерен эмоциональный вариант сверхценных образований, отмечалась «аффективная логика» рассуждений, без строгой аргументации идей. В структуре сверхценных образований у пациентов с акцентуацией личности, как правило, преобладал поведенческий компонент, который характеризовался не столько идеями, переживаниями, опасениями, влечениями, сколько стремлением к непосредственной их реализации, без выраженной их интерпретации. Во второй нозологической группе весьма характерным признаком оказывалась разработанность и аргументированность фабулы сверхценного образования, ее длительность и относительная устойчивость, вполне отчетливо преобладал идеаторный компонент сверхценных расстройств.

Сопоставление нозологических групп с определенной тематикой сверхценных расстройств выявило некоторые отличия. Сверхценные расстройства связанные с эмоционально значимыми семейными утратами отмечались лишь в группе заболеваний аффективного круга, сверхценные идеи ревности были описаны исключительно в структуре депрессивного состояния у пациентов с акцентуацией личности, а сверхценные идеями изобретательства и реформаторства встречались только в группе малопрогрессирующей шизофрении. Однако во всех трех группах в структуре депрессии мы наблюдали дисморфофобические и ипохондрические сверхценные образования, причем последние преобладали по частоте случаев.

Сопоставление нозологических групп с определенными вариантами взаимосвязи сверхценных образований и депрессивного аффекта позволило выявить значимые отличия, имеющие большое значение для дифференциальной диагностики и прогноза. Так для пациентов с заболеванием аффективного круга отчетливо преобладал аффект-аффилированный механизм развития сверхценных образований в структуре депрессии (91,4% случаев). В подгруппе у пациентов с акцентуацией личности в большинстве случаев был характерен вариант с аффект-ассоциированным вариантом взаимосвязи феномена сверхценных образований и депрессивного аффекта (83,3% случаев). А для группы шизофрении в картине депрессии наблюдался по большей части аффект-диссоциированный типологический вариант развития сверхценных образований (75% случаев).

Формирование депрессий с аффект-ассоциированным механизмом развития сверхценного образования с прогностической точки зрения указывало на менее благоприятный исход по сравнению с аффективными заболеваниями без акцентуации личности, в которых в основном наблюдался аффект-аффилированный вариант развития сверхценных расстройств в структуре депрессий, и на более благоприятный исход, по сравнению с шизофренией, в рамках которой в структуре депрессий отмечался аффект-диссоциированный механизм развития феномена сверхценных образований. Депрессии с аффект-диссоциированным механизмом

развития сверхценных образований указывали на прогрессивность заболевания в целом с явной тенденцией к хронификации.

ГЛАВА 5

Структура и динамика нарушений когнитивных процессов у пациентов с феноменом сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии

Существующие ранее немногочисленные исследования феномена сверхценных образований в рамках нейро- и патопсихологии заключались в освещении вопросов о психопатологической дифференциации сверхценных расстройств при широком спектре психической патологии: от депрессии и шизофрении до органических заболеваний мозга. Продолжение нейрокогнитивных исследований с привлечением методологии нейропсихологического анализа продиктовано отсутствием единства в понимании существенных вопросов, таких как, например, отношение феномена сверхценных образований и ряда когнитивных функций. Проведение более узконаправленного исследования в рамках одного расстройства представляется наиболее перспективным на данном этапе формирования знания о связи сверхценных образований и особенностей нейрокогнитивного функционирования. Анализ научной литературы по указанной проблеме привел к выводу о недостаточной изученности аспектов данного вопроса.

Задачей этого фрагмента исследования стало выявление особенностей нарушений когнитивных функций и их динамики, специфичных для больных на этапе текущего депрессивного эпизода со сверхценными расстройствами, для установления отношений феномена сверхценных образований и высших психических функций в связи с работой головного мозга.

Исследование проводилось с помощью клинико-нейропсихологического метода. Больные были обследованы в двух точках: в первые дни после поступления в стационар (что соответствовало высоте депрессивного состояния по шкале Гамильтона) и на этапе становления ремиссии после купирования депрессивной симптоматики. Такой дизайн исследования способствовал не только изучению особенностей динамики имевших место нейрокогнитивных расстройств, но и определению вклада собственно аффективного состояния в картину выявленной

специфики когнитивных функций у группы больных со сверхценными образованиями.

Всего было обследовано 35 пациентов с депрессивным состоянием в рамках фазы или приступа эндогенного заболевания (F21, F31, F32, F33, F34 по МКБ-10) с присутствием в клинической картине феномена сверхценных образований. Впоследствии выборка была разделена на три подгруппы, соответствующие ранее изложенному типологическому делению сверхценных образований, формирующихся при эндогенной депрессии: с аффект-аффилированным механизмом развития сверхценных образований (15 человек), с аффект-ассоциированным (9 человек) и с аффект-диссоциированным (11 человек).

Группу сравнения составили сходная по числу, сопоставимая по полу, возрасту, уровню образования группа больных (31 пациент) с наличием депрессивного состояния, формирующегося в рамках фазы или приступа эндогенного заболевания (F21, F31, F32, F33, F34 по МКБ-10) без сверхценных образований. Контрольная группа была также разделена на три подгруппы в соответствии с баллами по шкале Гамильтона, сопоставимыми со средним результатом баллов для каждой подгруппы экспериментальной группы на высоте состояния (для аффект-аффилированной (29 +/- 2), аффект-ассоциированной (26 +/- 2), аффект-диссоциированной (24 +/- 2)).

Для простоты понимания полученных результатов, группам были присвоены следующие условные обозначения: для аффект-аффилированной группы **A**, для группы сравнения **a**; для аффект-диссоциированной **B**, для группы сравнения **b**; для аффект-ассоциированной **C** и **c** соответственно.

Нейропсихологическое обследование¹ испытуемых проводилось с помощью 27 нейропсихологических проб (как классических, так и современных) исследовались такие высшие психические функции как память, внимание, выполнение целенаправленных действий (праксис), интеллектуальные процессы (мышление). Для исследования регуляторных функций использовались следующие

¹ Нейропсихологическое обследование испытуемых проводилось совместно со ст.н.с. отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, к.п.н. И.В. Плужниковым и л.-и. Поповым М.М. по схеме специально разработанной технологии оценки нарушений когнитивных функций (Каледа В.Г.[47])

нейропсихологические и психометрические методики: тест вербальной беглости (verbal fluency test); тест визуальной беглости (design fluency test); цветовой интерференционный тест (color-word interference test); решение арифметических задач. Исследование мышления, наглядно-мыслительной деятельности осуществлялось как классическими патопсихологическими, так и психометрическими пробами: исключение предметов; сравнение понятий; D-KEFS понимание пословиц; описание серийной сюжетной картинки. Исследования праксиса, памяти и пространственной сферы, представлены следующими методиками: пробы на динамический праксис; копирование сложной фигуры; повторение прямых и обратных рядов.

В результате сравнения данных по параметрам когнитивных тестов, полученных при обследовании больных, с данными контрольной группы были выявлены значимые различия ($p < 0,05$), на основании которых при учете качественной специфики тех или иных когнитивных нарушений можно сделать выводы о значимой связи сверхценных образований и нарушений высших психических функций у экспериментальной группы пациентов. Согласно полученным данным выделялись общие индексы когнитивного функционирования: регуляторных функций наглядно-мыслительной деятельности, праксиса, памяти и пространственной сферы.

Комплексное исследование показало (рисунок 5.1.), что *нарушения регуляторных функций* наблюдались у всех исследованных больных. Данные нарушения проявлялись в ослаблении процессов программирования и контроля психической деятельности, снижении вербальной и визуальной беглости. Особенно ярко выражено это наблюдалось в подгруппе с аффект-диссоциированным механизмом развития сверхценных образований. Остальные подгруппы демонстрировали нарушения средней степени выраженности. Стоит отметить, что испытуемые всех экспериментальных подгрупп демонстрировали лучшее выполнение проб во второй точке (состояние ремиссии) в сравнении с первой точкой (на высоте депрессивного состояния). Наиболее яркая разница (в сторону положительной динамики) заметна в подгруппе с аффект-аффилированным

механизмом развития, для которого, согласно полученным в работе данным, свойственна отчетливая и постоянная связь сверхценных образований с депрессивным эффектом, а также дезактуализация сверхценных идей вместе с редукцией депрессивной симптоматики; в тоже время у подгруппы с аффект-ассоциированным механизмом - различия были не столь выражены. Полученные данные позволяют предположить, что сверхценные образования могут являться важным фактором, оказывающим воздействие на степень выраженности нарушений регуляторной деятельности у пациентов, страдающих депрессией. В пользу данной гипотезы свидетельствует тенденция к смягчению данной симптоматики при ретесте выборке в конце лечения.

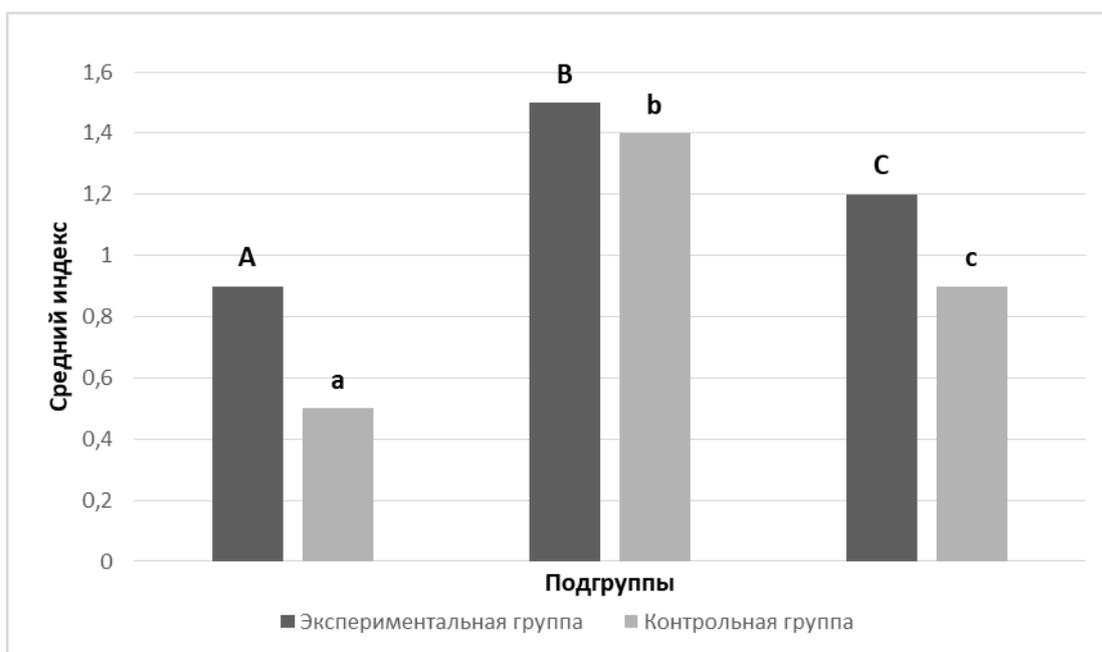


Рисунок 5.1 Индекс регуляторных функций для экспериментальной и контрольной группы.
Низкая выраженность – 0 баллов, средняя – 1 балл, высокая выраженность – 2 балла.

Исследование наглядно-мыслительной деятельности (рисунок 5.2.) проводилось с помощью, как классических патопсихологических проб, так и современных. Учитывались такие показатели, как демонстрация использования конкретных и конкретно-ситуативных суждений при выполнении проб. Полученные данные не продемонстрировали статистически значимые различия у экспериментальной и контрольной групп. Остальные подгруппы демонстрировали средние результаты, свойственные для аффективного спектра различия между

экспериментальными и контрольными подгруппами минимальны или отсутствовали. Следует отметить, что наиболее яркие результаты продемонстрировала подгруппа с аффект-диссоциированным механизмом развития сверхценных образований, в которой преобладали больные шизофренического спектра. Также для данной подгруппы было характерно, что по мере редукции депрессивной симптоматики актуальность синдрома сверхценных образований оставалась практически неизменной.

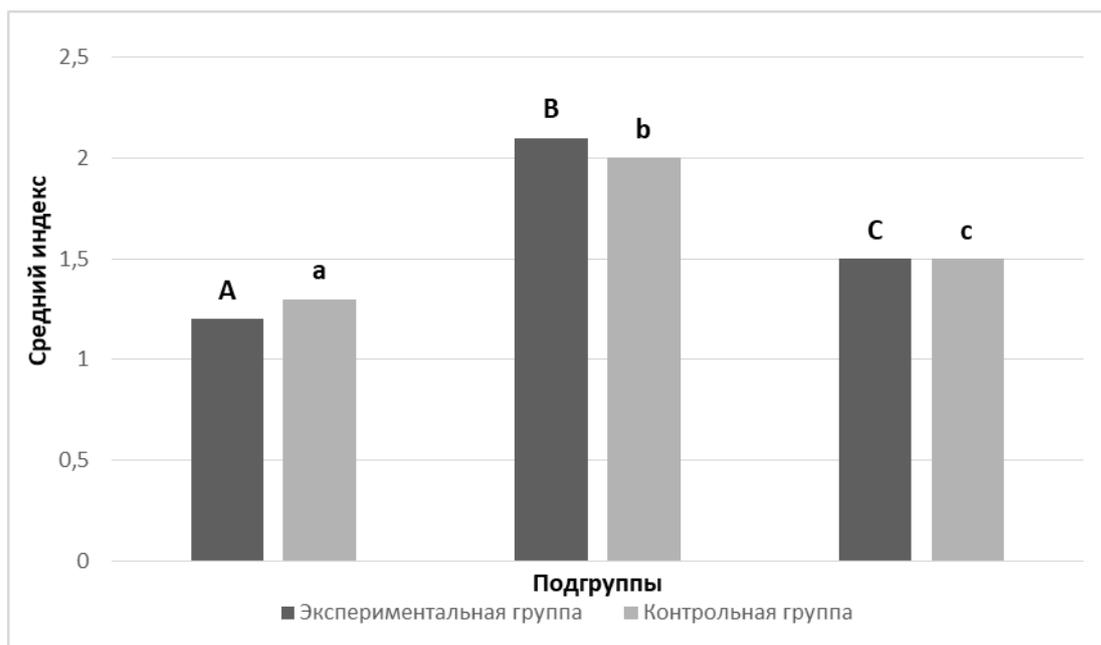


Рисунок 5.2 Индекс наглядно-мыслительной деятельности

Низкая или отсутствие выраженности – 0 баллов, пограничная – 1 балл, средняя выраженность – 2 балла, высокая выраженность – 3 балла

Исследование праксиса, памяти и пространственной сферы показало значимые различия по критериям слухоречевой памяти (рисунок 5.3.). Так испытуемые подгруппы с аффект-аффилированным механизмом развития сверхценных образований демонстрировали яркие различия между экспериментальной и контрольной группой. Стоит отметить, что для экспериментальной подгруппы были обнаружены ошибки по типу перестановки места слов, в то время, как количество удерживаемых элементов было одинаково. Это позволяет говорить о некотором снижении внимания у пациентов данной подгруппы. Подгруппа с аффект-диссоциированным механизмом демонстрировала иные результаты, которые

заклучались в более низких показателях объема памяти в сравнении с контрольной группой. Нарушения пространственной сферы среди групп было выражено минимально.

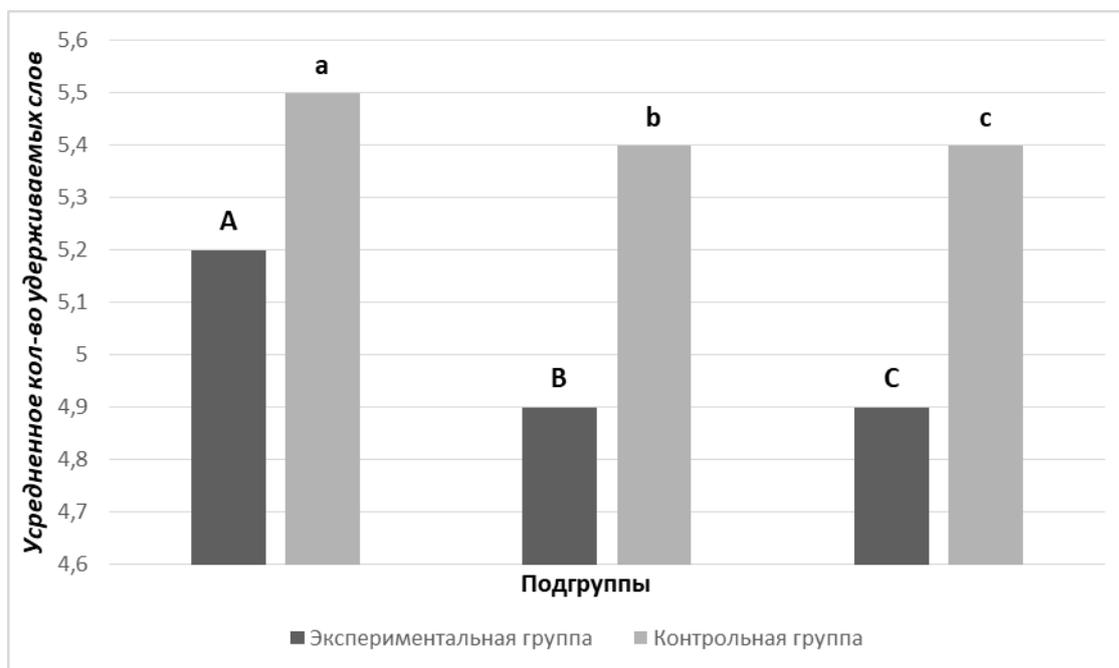


Рисунок 5.3 Результаты исследования слуховой памяти

Далее представлены результаты исследования когнитивных функций в динамике (в первые дни после поступления в стационар и на этапе становления ремиссии после купирования депрессивной симптоматики) (рисунок 5.4.). В результате сравнения полученных данных и параметров, были выявлены значимые различия ($p < 0,05$). Ниже представлен график общих, усредненных результатов по всем параметрам, согласно которому можно заметить, что наиболее ярко выраженные различия между срезами проявились в подгруппе аффект-аффилированного механизма, где с уходом депрессивной симптоматики, разница в проявлении нарушений когнитивных функций у контрольной и экспериментальной групп сглаживалась. Для подгруппы аффект-ассоциированного механизма заметно, что при минимальной разнице на первом срезе, на втором срезе у контрольной подгруппы результаты более высокие, что может говорить о более благоприятном прогнозе для контрольной подгруппы и в тоже время о предполагаемой значимости фактора сверхценных образований в становлении когнитивных нарушений у пациентов в данной группе. Подгруппа аффект-диссоциированного механизма

продемонстрировала низкую динамику, как внутри подгрупп, так и между контрольной и экспериментальной подгруппами.

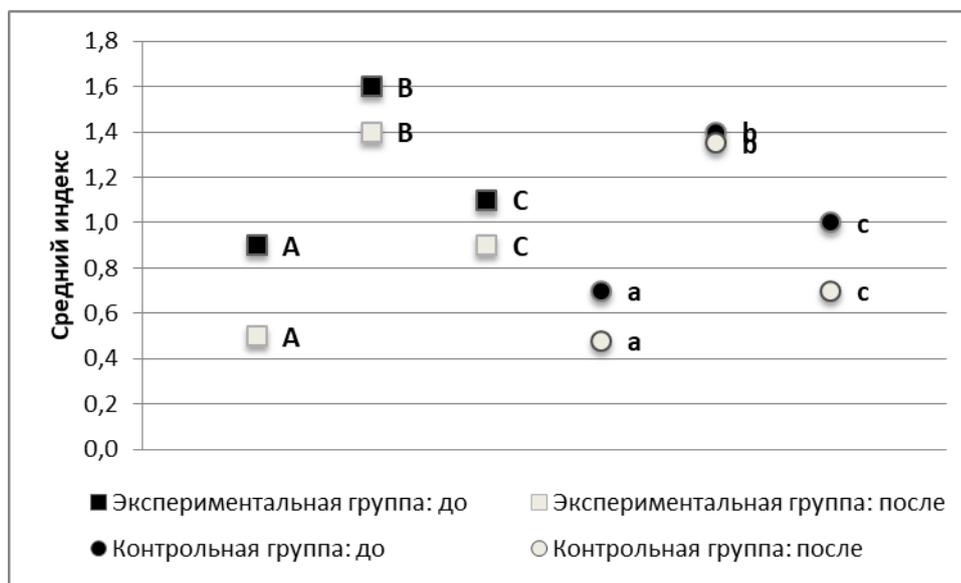


Рисунок 5.4 Сравнительная динамика когнитивных функций для экспериментальной и контрольной групп

Низкая выраженность – 0 баллов, средняя – 1 балл, высокая выраженность – 2 балла

Исследование динамики индекса регуляторных функций выявило различия у всех исследованных больных (рисунок 5.5.). В подгруппе с аффект-ассоциированным механизмом развития сверхценных образований как у экспериментальной, так и у контрольной подгрупп на первый план выступили нарушение регуляторного звена, причем различия между срезами ярко-выражены как у контрольной, так и у экспериментальной группы. Стоит отметить, что результаты между контрольной и экспериментальной группами в первом срезе разнятся сильно, в то время, как во втором это различие значительно уменьшается. Остальные подгруппы демонстрировали средне выраженные нарушения. Стоит отметить, что испытуемые всех подгрупп во втором срезе демонстрировали лучшее выполнение проб. Наиболее яркая разница заметна в подгруппе аффект-аффилированным механизмом развития, в тоже время у подгруппы с аффект-ассоциированным механизмом различия были минимальны, стоит также отметить лучшие результаты у контрольной подгруппы. Полученные данные позволяют

предположить о значимой связи сверхценных образований и степени выраженности нарушений регуляторной деятельности у пациентов не только аффект-аффилированного механизма, но и у других подгрупп, что нельзя было выявить при исследовании одного среза. В пользу данной гипотезы свидетельствует тенденция к различиям второго среза в динамике когнитивных функций у контрольной и экспериментальных групп.

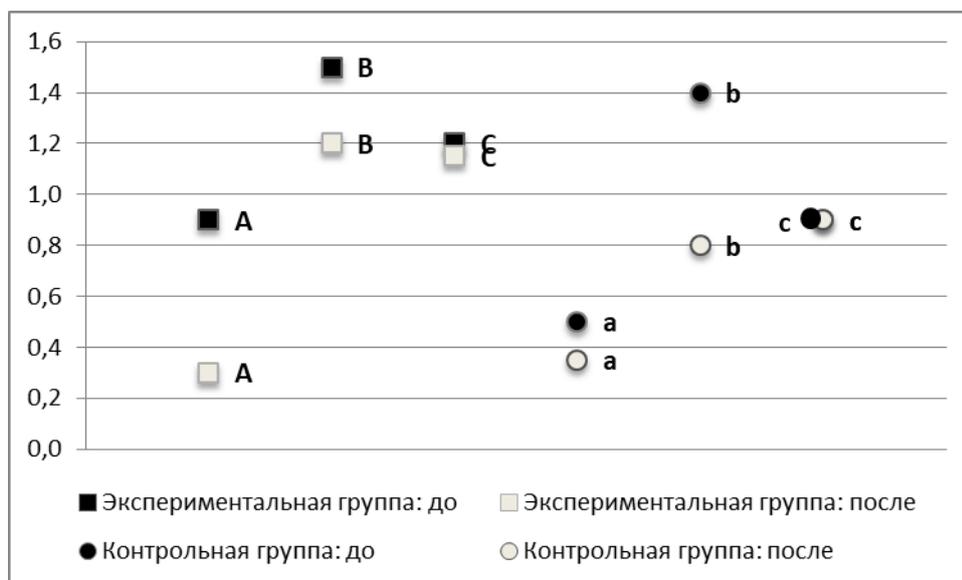


Рисунок 5.5 Индекс регуляторных функций в динамике экспериментальной и контрольной групп

Низкая выраженность – 0 баллов, средняя – 1 балл, высокая выраженность – 2 балла

Исследование динамики наглядно-мыслительной деятельности, праксиса, памяти и пространственной сферы не выявило значимых различий между срезами (рисунок 5.6.). Однако стоит отметить значимость на уровне тенденции ($p=0,08$ для наглядно-мыслительной деятельности; $p=0,07$ для зрительной памяти), которые при увеличении выборки и модификации исследовательского аппарата могут оказаться значимыми. Так при исследовании мышления для второго среза характерна тенденция к уменьшению демонстрации конкретных суждений у экспериментальных подгрупп с аффект-аффилированным и аффект-ассоциированным механизмом. Благоприятную динамику также продемонстрировала экспериментальная подгруппа с аффект-аффилированным механизмом при воспроизведении сложных фигур, для второго среза стало

характерно меньшая потеря элементов фигуры и более быстрое выполнение наиболее сложных проб.

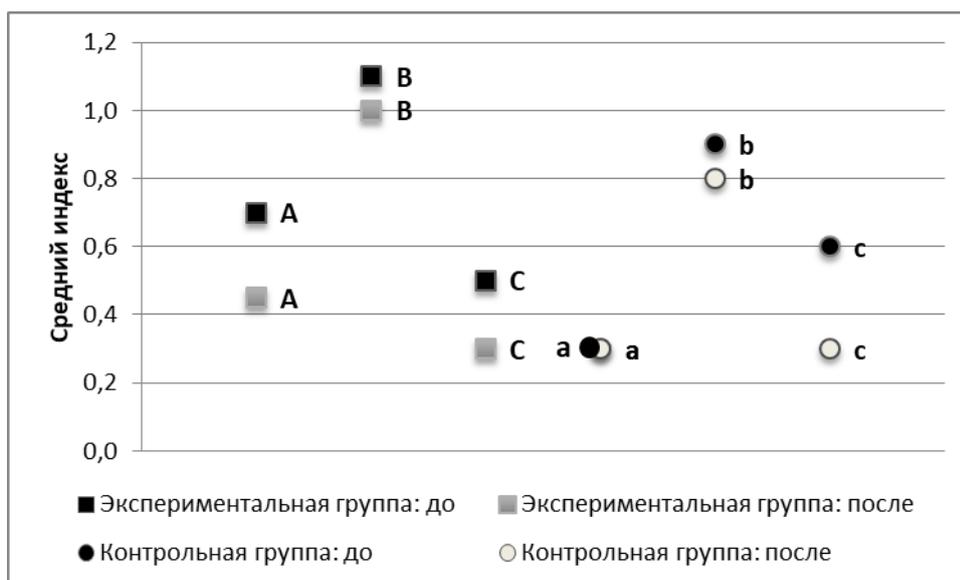


Рисунок 5.6 Результаты динамики индексов наглядно-мыслительной деятельности экспериментальной (а) и контрольной (б) групп

Низкая выраженность – 0 баллов, средняя – 1 балл, высокая выраженность – 2 балла

Таким образом, полученные данные с применением нейропсихологического метода, позволяет сделать предположение о более выраженной позитивной динамике левосторонней слабости функций префронтальной коры у экспериментальных подгрупп с аффект-аффилированного и аффект-ассоциированного механизмов при более ровной динамике правосторонней слабости функций префронтальной коры. Данные контрольных подгрупп подтверждают наше предложение выше, у обеих подгрупп после редукции депрессивной симптоматики выражена более плавная позитивная динамика, только уже с правосторонним преобладанием. Для экспериментальной подгруппы аффект-диссоциированного механизма, была характерна лабильная динамика, без статистической значимости внутри подгрупп. На примере наиболее благоприятной экспериментальной подгруппы аффект-аффилированного механизма, мы можем наблюдать, что наступающая редукция сверхценных образований после снятия депрессивной симптоматики приводит к сглаживанию (значимость на уровне тенденции) результатов между контрольных и экспериментальных подгрупп.

В целом, полученные результаты позволяют сделать следующее заключение. Для больных с эндогенными депрессиями, протекающими с доминированием в клинической картине сверхценных образований, характерен нейрокогнитивный дефицит, отличный по своей структуре от такового при депрессиях иной психопатологической структуры. Ядром этого нейрокогнитивного дефицита является нарушение регуляторного звена психических функций, то есть процессов программирования и контроля психической деятельности. С опорой на принятые в современной нейропсихологии положения, можно предположить, что выявленный нейрокогнитивный дефицит связан с функциональной дефицитарностью передних отделов преимущественно левой гемисферы.

Исходя из сделанных выводов, можно выдвинуть гипотезу, о том, что регистрируемый нейрокогнитивный дефицит в звене произвольной регуляции является одним из церебральных патогенетических механизмов эндогенных депрессий со сверхценными образованиями. Дополнительно это гипотезу подтверждают и данные клинко-психопатологического анализа, согласно которым одним из центральных характеристик сверхценностей является их ригидность, интрузивность, неподконтрольность, то есть именно им присущи характеристики, свидетельствующие о дефицитарности регуляторного характера.

Разработанный и апробированный в настоящем исследовании методический комплекс обладает минимальными психометрическими требованиями для изучения нейрокогнитивного дефицита при эндогенных депрессиях в исследовательских целях. Его дальнейшая разработка для внедрения в практику дифференциальной диагностики – задача будущих исследований. Тем не менее, полученные данные о дисфункции передних отделов преимущественно левого полушария и связанного с ней регуляторного дефицита может служить основой для разработки программ нейропсихологической коррекции указанных у рассматриваемой группы больных в контексте их комплексной медицинской реабилитации.

ГЛАВА 6

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ТЕРАПИИ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ СО СВЕРХЦЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ. ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Несмотря на постоянное развитие фармакологических и нефармакологических методов лечения, следует отметить отсутствие алгоритмов и возникающие вследствие этого сложности при разработке терапевтической тактики, выстраиваемой с учетом формирования в структуре депрессии сверхценных образований (Волель Б.А. [17]; Мазо Г.Э. [68]; Мосолов С.Н. [81]; Смулевич А.Б. [103]; Attia E.E. [125]; Bissada H. [133]; Bauer M. [126]). В отношении сверхценных расстройств в рамках аффективной патологии в литературе указывалось на необходимость индивидуального подхода в лечении каждого случая с предварительной оценкой личностных особенностей больного и влияния неблагоприятных социальных факторов (Брагин Р.Б. [10]; Adli M. [121]; Buhlmann U. [141]). Помимо специфической медикаментозной терапии, в литературе встречались рекомендации на широкое применение психотерапевтических методов, целью которых было улучшение социальной адаптации пациента, снижение уровня его агрессивности, сглаживание характерологических особенностей, осложняющих межличностные отношения (Гараян Н.Г. [21]; Малиночка С.А. [71]; Bonin L. [138]; Keller M.B. [175]; Parker G. [200]).

На основании проведенного клинического и клинико-катамнестического анализа были сформулированы общие положения, касающиеся организации и проведения терапевтических мероприятий у больных депрессиям со сверхценными образованиями, целью которых является редукция депрессивной и сверхценной симптоматики, восстановление социальных функций пациентов.

При выборе терапевтической тактики учитывались психопатологические особенности клинической картины, характер преобладающего аффекта, особенности развития сверхценных расстройств и индивидуальные особенности реакции больного на препараты. Немаловажное значение в терапии депрессий со

сверхценными образованиями играли особенности развития и динамика сверхценных расстройств. Кроме того, специфика течения заболевания в целом, в рамках которого развивался феномен сверхценных образований, создавали различные предпосылки для определения оптимальной тактики лечения. Данные параметры влияли на выбор психофармакотерапевтической тактики, препаратов, их комбинацию и смену в процессе лечения.

Ведущее место отводилось психофармакотерапии. Учитывая сложность терапии больных со сверхценными образованиями в структуре депрессии, для лечения этих пациентов использовались различные группы препаратов. Основным классом психофармакологических средств вне зависимости от типологического или клинического подразделения, были средства, направленные на коррекцию аффективных нарушений - препараты антидепрессивного действия. Вторыми по частоте использования являлась группа нейролептиков, что было обусловлено положительным влиянием на идеаторные построения. При необходимости в комбинации с вышеперечисленными препаратами дополнительно использовались препараты других классов: транквилизаторы, нормотимики и ноотропные препараты.

В результате проведенного анализа представилось возможным обобщить основные терапевтические мероприятия, вне зависимости от используемого в каждом конкретном случае препарата, а также сделать вывод об эффективности психофармакотерапии в различных клинико-типологических группах больных.

Терапия депрессий со сверхценными расстройствами в рамках аффективного заболевания.

Отличительной особенностью у данной группы больных выступала неразрывная связь сверхценных расстройств с динамикой аффективной симптоматики. Так как по мере редукции симптомов депрессии феномен сверхценных образований, лишаясь своей аффективной насыщенности, гармонично аффекту дезактуализировался и утрачивал признаки сверхценного, а затем и

доминирующего представления, целью психофармакотерапии являлась редукция аффективной симптоматики.

Выбор антидепрессанта проводился в зависимости от типа преобладающего аффекта и глубины депрессии. В частности, при доминировании тревожного радикала аффекта более адекватным оказывалось назначение антидепрессантов преимущественно седативного действия (амитриптилин, флувоксамин, миансерин). При депрессиях с доминированием апатического и апато-динамического радикала аффекта эффективным было применение стимулирующих антидепрессантов (имипрамин, прозак). Однако наличие в большинстве случаев сложного характера депрессивного аффекта обуславливало преимущественное применение антидепрессантов сбалансированного действия (мапротилин, пиразидол, пароксетин, сертралин, циталопрам) или комбинации стимулирующего антидепрессанта с седативным. Начало лечения с комбинации препаратов применялось также в случае длительного безуспешного опыта лечения текущей депрессии на этапе, предшествующем госпитализации.

В большинстве случаев (70 %) на начальном этапе применялись селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), соблюдая принцип этапности с постепенным усилением фармакологического воздействия. Чаще всего были наиболее эффективными и использовались такие препараты как флувоксамин до 150 мг/сут, пароксетин до 60 мг/сут, циталопрам до 40 мг/сут, дулоксетин до 120 мг/сут. Выбор этой группы лекарств был обусловлен наилучшим спектром переносимости. Исключения делались в случаях, когда тяжесть депрессии требовала необходимость применения препаратов с более быстрым наступлением терапевтического эффекта. В этих случаях препаратами выбора были трех- или четырехциклические антидепрессанты. Как правило, после нескольких дней перорального приема начинался курс парентерального введения антидепрессанта (внутримышечные и внутривенные инъекции, внутривенные капельные инфузии). Успешно использовались анафранил до 150 мг/сут, амитриптилин до 100 мг/сут и людиомил до 150 мг/сут соответственно. Несмотря на высокую эффективность трициклических антидепрессантов (ТЦА), возникал риск развития побочных эффектов и

осложнений. Побочные эффекты проявлялись в виде расстройств, связанных с действием на холинергические рецепторы (ортостатические явления, задержка мочи, кардиотоксическое действие и др.), неврологических осложнений (эпилептиформные припадки, дезориентировка, делириозные явления и др.). Осторожное применение ТЦА требовалось также в связи с повышенной опасностью реализации больными, не всегда соответствующих тяжести депрессии, суицидальных тенденций, а также учитывая, что в этом случае они обладают более высокой токсичностью при передозировке по сравнению с антидепрессантами с селективным ингибированием обратного захвата серотонина.

Лечение пациентов начиналось с небольших доз препаратов, затем проводилась оценка эффективности и спектра переносимости лекарственных средств, и дозировки (в случае необходимости) постепенно повышались до максимальных. Как правило, смена курса антидепрессивной терапии проводилась после достаточного срока приема антидепрессанта в максимальной дозе. В случае биполярного течения аффективной патологии и наличия сведений о медикаментозно спровоцированном изменении полюса аффекта в анамнезе, титрация доз проводилась более аккуратно.

Формирование депрессий в рамках фаз эндогенного заболевания диктовало необходимость применения препаратов из группы нейролептиков. Во всех наблюдениях нейролептики применялись в небольших дозировках, предпочтение отдавалось препаратам с селективным положительным влиянием на идеаторные построения – таких как трифлюоперазин, флюпентиксол, рисперидон, оланзапин. Короткие курсы нейролептиков могли быть применены для коррекции сна (хлорпротиксен), психопатоподобных расстройств (тиоридазин, перициазин). Атипичные нейролептики в случае биполярного течения заболевания выполняли также нормотимическую роль (например, кветиапин). Также для предотвращения инверсии фазы и для профилактики последующего рецидивирования в случае биполярного течения аффективного заболевания, назначались нормотимические препараты (ламотриджин, вальпроат натрия, карбамазепин, окскарбамазепин).

Назначение транквилизаторов (в основном бромдигидрохлорфенилбензодиазепа) находило свое применение для купирования тревожной и фобической симптоматики в малых и средних дозах, предпочтительно короткими курсами. У больных с указанием на злоупотребление транквилизаторами, психоактивными и наркотическими средствами в анамнезе, применялись нейролептики с седативным эффектом (алимемазин, хлорпротиксен).

При наличии когнитивных нарушений и астенических расстройств, эффективным оказывалось включение в схему лечения ноотропов (ноотропил, пантогам).

При отсутствии эффекта от указанной курсовой психотропной терапии улучшение наступало при использовании методов интенсивной терапии: курс ежедневного внутривенного капельного введения антидепрессантов (амитриптилин, имипрамин, мапротилин), быстрое увеличение доз антидепрессантов до высоких с последующим их резким снижением (метод «зигзага») или одномоментной полной отменой всех видов терапии («обрыв») на 4-5 дней с возобновлением в дальнейшем схемы лечения, либо переходом к новой терапии: комбинация двух или более антидепрессантов различных химических групп (исключая ингибиторы МАО) (трициклический препарат и СИОЗС; четырехциклический препарат и СИОЗСН; агомелатин и циклический антидепрессант или СИОЗСН; СИОЗС и СИОЗСН). Одно- или двухкратная смена курса терапии позволила в большинстве случаев добиться формирования медикаментозной ремиссии.

Так, при депрессиях в рамках аффективного заболевания с относительно простой синдромальной структурой, указанная схема лечения (антидепрессанты, небольшие дозы нейролептиков, транквилизаторов и ноотропов), в большинстве случаев позволяла достичь значительного и стабильного терапевтического эффекта.

Терапия депрессий со сверхценными расстройствами в рамках малопрогредиентной шизофрении.

Отличительной особенностью у данной группы больных являлась иная динамика развития сверхценных образований, которая обнаруживала обособление

от течения депрессии, вследствие чего устанавливалась относительное отделение психопатологической конструкции сверхценного симптомокомплекса относительно аффекта. Так по мере редукции аффективной симптоматики актуальность синдрома сверхценных образований оставалась практически неизменной.

Ввиду наличия у больных в клинической картине перечисленных особенностей, а также процессуального характера заболевания, обязательным являлось включение в схему лечения нейролептиков с умеренным общим антипсихотическим действием и селективным положительным влиянием на идеаторные построения, таких как трифлюоперазин (от 2,5 до 20 мг), флюпентиксол (от 1 до 35 мг), рисперидон (от 1 до 4 мг), оланзапин (от 2,5 до 10 мг). Препаратами, чаще всего используемыми в качестве поддерживающей терапии в амбулаторных условиях был трифлюоперазин. Несмотря на то, что этот препарат относится к типичным нейролептикам, в проведенном исследовании отмечалась наибольшая его эффективность. Подборка дозы используемого препарата происходила индивидуально с учетом выраженности психотических проявлений, а также переносимости нейролептической терапии, и ее коррекции в случае возникновения тех или иных побочных эффектов. В ряде случаев типичные антипсихотики могли быть заменены на атипичные, в результате лучшей переносимости последних и общего прогностически благоприятного действия на заболевание. Успешно применялись рисперидон до 4 мг/сут, оланзапин до 10 мг/сут, кветиапин до 400 мг/сут. При возникновении экстапирамидных расстройств на фоне проводимой терапии нейролептическими препаратами дополнительно назначались корректоры – тригексифенидил и бипериден. Неотъемлемой частью являлся контроль соматического состояния с регулярным повторными анализами крови (общий и б/х), ЭКГ и использованием при необходимости др. дополнительных лабораторных методов исследования.

Для коррекции аффективных нарушений назначались антидепрессанты в зависимости от типа преобладающего аффекта и выраженности депрессивных расстройств. Среди применяемых антидепрессантов в более половине случаев использовались. Чаще всего использовались препараты СИОЗС или СИОЗСН такие

как: флувоксамин до 150 мг/сут, пароксетин до 60 мг/сут, сертралин до 100 мг/сут, милнаципран до 100 мг/сут, венлафаксин до 150 мг/сут. Реже препаратами выбора становились – три- или тетрациклические антидепрессанты, амитриптилин до 100 мг/сут, анафранил до 150 мг/сут, людиомил до 150 мг/сут. Меньшая частота использования данных препаратов была связана с худшей переносимостью и частым возникновением побочных эффектов.

Важно отметить, что существенных отличий в используемых антидепрессантах у данной группы больных по отношению к предыдущей не отмечалось. Однако количество курсов, длительность применения той или иной комбинации имели свои некоторые отличия.

* * *

Таким образом, проведенный анализ терапевтических мероприятий у больных со сверхценными расстройствами в структуре эндогенной депрессии, позволил выявить ряд общих принципов терапии.

Выявленные различия в лечении эндогенной депрессии были обусловлены не только нозологической природой данных состояний, но и типологическими особенностями развития сверхценных образований.

Учитывая, что в группе эндогенных заболеваний аффективного круга дезактуализация сверхценных расстройств напрямую зависела от интенсивности аффекта, то скорейшей дезактуализации феномена сверхценных образований способствовало применение быстрого повышения доз антидепрессантов. У пациентов с акцентуацией личности, страдающих депрессиями со сверхценными расстройствами, такой эффект достигался чаще за счет введения в основную схему терапии так называемых «корректоров поведения» (перициазин, тиоридазин). При развитии сверхценных расстройств в структуре депрессии в рамках малопрогрессирующей шизофрении, уделялось особое внимание применению более высоких доз как атипичных, так и традиционных нейролептиков. Однако, несмотря на наращивание доз препаратов (в последней группе), в ряде случаев удавалась

лишь предотвратить трансформацию сверхценных расстройств в бредовые, а также снизить их интенсивность, но не добиться дезактуализации.

Несмотря на клинико-типологические различия, в ряде случаев эффективным было присоединение к психофармакологической терапии ритмической транскраниальной магнитной стимуляции (рТКМС), которая была проведена 26-ти из 62-ух пациентов (41,9%). рТКМС позволяет стимулировать определенные участки коры головного мозга, в частности дорсолатеральную префронтальную кору (ДЛПК), с дисфункцией которой связываются негативные, депрессивные и когнитивные нарушения при эндогенной патологии (Коляго О.О. [53]; Levkovitz Y. [181]; Mittrach M. [190]; Molina V. [191]) и оптимизировать методы лекарственной терапии. Данные многих международных исследований свидетельствуют в пользу положительного влияния высокочастотной ТКМС левой дорсолатеральной префронтальной коры на беглость речи, когнитивную гибкость, рабочую и вербальную память (Micallef J. [189]; Sack A. [213]). Пациентам проводился курс рТКМС левой ДЛПК на аппарате «Нейро-МС» (Нейрософт, версия 2009; 153032, Россия, г. Иваново). Выбор интенсивности от порога моторного ответа (ПМО), частоты и количества трейнов был индивидуальным. Процедуры проводились ежедневно с перерывами на выходные, число процедур за курс составляло от 15 до 20. Следует заметить, что в результате проведенного исследования было выявлено, что проведение курса рТКМС хотя и не устраняло полностью болезненных расстройств в период активного течения заболевания, способствовало значительному их редуцированию и уменьшению резистентности состояния больных к психотропным средствам.

В нашем исследовании электросудорожная терапия не применялась в связи с имеющейся возможностью воздействия на сложные случаи другими методами преодоления лекарственной резистентности (комбинацией различных схем препаратов, метод «зигзага», «обрыва», присоединение к психофармакологической терапии ритмической транскраниальной магнитной стимуляции).

При оценке эффективности проводимой терапии по суммарному баллу HDRS были также получены различия в зависимости от механизма развития сверхценных

образований в структуре депрессий. Так, наиболее быстрая редукция суммарного балла HDRS была выявлена в группе эндогенных заболеваний аффективного круга, при депрессии в рамках малопргредиентной шизофрении - снижение данного показателя достигалось лишь к концу 4 недели.

Вспомогательным звеном лечения депрессий со сверхценными образованиями вне зависимости от клинико-типологических различий, как показало исследование, являлась психокоррекционная работа, которая проводилась совместно с психологами из лаборатории клинической психологии ФГБНУ НЦПЗ. Как правило, она осуществлялась с больными на фоне психофармакотерапии, причем не в первые дни после их поступления в стационар, а лишь спустя период, определяющийся «затуханием» остроты состояния. Психотерапия являлась важным дополнением к психофармакологическому лечению, в результате которого наблюдалась более заметная редукция депрессивного аффекта, влияющего на сверхценные образования у пациентов в случае аффект-аффилированного и аффект-ассоциированного механизма развития сверхценных расстройств. Так для групп пациентов с аффект-аффилированным механизмом развития наиболее эффективными оказались методики индивидуальной терапии, а именно: рационально-эмотивная психотерапия Эллиса, когнитивная психотерапия Бека, краткосрочная проблемно-ориентированная терапия. Что касается пациентов с аффект-ассоциированным механизмом развития, то наиболее эффективно было использование таких методик как индивидуальная психоаналитическая и когнитивно-поведенческая терапия. Целью в данных случаях было изменение представления о шкале ценностных категорий для конкретной личности. В случае аффект-диссоциированного механизма развития было эффективно привлечение методов групповой терапии, ориентированной на восстановление и развитии способностей пациента к адаптивному поведению, а также групповые методики (образовательные тренинги, тренинги когнитивных навыков). Учитывая, что антивитаальные размышления, являющиеся начальной стадией суицидального поведения, не только присутствовали у всех изученных больных, но часть из них непосредственно имели суицидальные намерения или совершали суицидальные попытки, значительное

место в психотерапии отводилось уменьшению суицидального риска у этих больных. Проведение психокоррекционной работы позволяло оптимизировать социальное функционирование больных, повысить их общую уверенность, способность к снятию ситуационно обусловленного напряжения, выработку конструктивных адекватных способов разрешения проблем.

Как показал опыт, курс лечения изученных больных должен быть длительным, не менее 6 недель, и проводиться при оптимальных дозах препаратов, т.к. недостаточно интенсивное или кратковременное лечение повышает опасность хронификации болезненного состояния. В целом, при купировании депрессий со сверхценными образованиями указанная схема лечения, включающая обязательное назначение антидепрессантов и нейролептиков, а также в определенных случаях стабилизаторов настроения, транквилизаторов и ноотропов, в большинстве случаев позволяла достичь значительного и стабильного терапевтического эффекта.

В целом, наиболее оправданным оказалось назначение антидепрессантов из групп СИОЗС и СИОЗСиН, как обладающих высокой эффективностью и наиболее благоприятным профилем переносимости. По достижении стабильной ремиссии проводилось постепенное уменьшение дозы антидепрессантов и нейролептиков до поддерживающих суточных доз.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность проблемы депрессии со сверхценными образованиями в ее структуре обусловлена необходимостью уточнения феноменологических дифференциально-диагностических границ, отсутствием данных касающихся взаимосвязи собственно депрессии и феномена сверхценных образований, а также неоднозначностью взглядов на подход к лечению таких депрессивных состояний.

Целью настоящего исследования являлось определение психопатологических особенностей сверхценных образований, формирующихся в структуре эндогенной депрессии на разных ее этапах, разработка критериев дифференциальной диагностики и прогноза, а также обоснование системы терапевтической тактики.

Исследование было выполнено в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель - академик РАН, проф. А.С. Тиганов) ФГБНУ НЦПЗ в период с 2014 по 2017 гг.. В исследование были включены 71 пациент (32 мужчины, 39 женщин), страдающих эндогенной депрессией в рамках заболеваний аффективного круга и шизофрении (F21, F31.3, F31.4, F32.0, F32.1, F32.2, F33.0, F33.1, F33.2, F34.0, F34.1 по МКБ-10). 62 пациента (87,3 %) были госпитализированы с 2014 по 2017 гг. в 5-ое многопрофильное клинко-диагностическое отделение ФГБНУ НЦПЗ и обследованы клиническим методом с целью выявления психопатологических особенностей синдрома сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии. После выписки из стационара пациенты находились на катamnестическом наблюдении, что позволило уточнить исходы и нозологическую принадлежность депрессивных состояний со сверхценными образованиями. Часть пациентов (9 человек - 12,7%) было обследовано ретроспективно при помощи данных медицинских документаций, сведений, полученных со слов самих пациентов и их ближайших родственников.

Помимо клинко-психопатологического и катamnестического, в исследовании применялись инструментально-параклинический, психометрический, статистический и нейропсихологический методы, а также оценка эффективности проводимой терапии (клинко-терапевтический метод).

Критериями включения в исследование были: наличие депрессивного состояния, формирующегося в рамках фазы или приступа эндогенного заболевания; возраст больных от 25 до 55 лет; присутствие сверхценных образований в клинической картине депрессии; достаточная глубина аффективных расстройств, обуславливающая тяжесть состояния больных и необходимость госпитализации. Критериями исключения являлись: наличие в статусе признаков острого, хронического психоза; манифестация заболевания до 25 лет и старше 55 лет; наличие сопутствующей психической патологии, затрудняющей проведение исследования: органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-09), психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (F10-19), умственная отсталость (F70-79); наличие сопутствующей соматической или неврологической патологии (острых или хронических соматических и инфекционных заболеваний в стадии обострения, нейроинфекций, эпилепсии, тяжелых черепно-мозговых травм в анамнезе, а также других поражений ЦНС), затрудняющей проведение исследования.

Сверхценные образования, формирующиеся в рамках изученных депрессий, представляли собой крайне аффективно заряженные, доминирующие в сознании и субъективно значимые суждения, представления, интересы, эмоции, непосредственно связанные с личностью и конкретными обстоятельствами, при этом поддающиеся частичной коррекции.

Исходя из варианта взаимосвязи сверхценных образований и депрессивного аффекта, были выделены три ведущих варианта, послужившие основанием типологического деления сверхценных образований, формирующихся при эндогенной депрессии: аффект-аффилированный (имеелась тесная динамическая связь с аффектом), аффект-ассоциированный (имелась ограниченная связь с аффектом) и аффект-диссоциированный (в динамике утрачивалась связь с аффектом) механизмы.

Для типологической группы с *аффект-аффилированным механизмом* развития сверхценных образований (34 пациента, 47,88% наблюдений) было характерно формирование сверхценных расстройств на фоне существующих

аффективных нарушений, причем основной характеристикой являлась неразрывная связь с изменяющимся характером аффективных расстройств. Глубина и стойкость сверхценного симптомокомплекса усиливались параллельно нарастанию интенсивности депрессивного аффекта, достигая наивысшей степени своей выраженности синхронно. У пациентов данной группы даже на высоте аффекта сверхценные образования сохраняли прямую связь с реальными событиями, не переходя в категорию сверхценного бреда. В данной группе преобладали сверхценные идеи ипохондрического (44,1%), дисморфофобического содержания (32,3%), а также идеи связанные с эмоционально значимыми семейными утратами (23,6%). По мере редукции депрессивной симптоматики сверхценные расстройства дезактуализировались и, лишаясь своей аффективной насыщенности, утрачивали признаки сверхценных, а затем и доминирующих идей.

В типологической разновидности с *аффект-ассоциированным механизмом* развития сверхценных образований (16 пациентов, 22,54% наблюдений) аналогично предыдущей типологической группе синдром сверхценных образований обнаруживал связь с депрессивной симптоматикой, причем аффективная насыщенность сверхценных расстройств усиливалась вместе с интенсивностью депрессивного аффекта: при большей выраженности последнего, феномен сверхценных образований также достигал максимума интенсивности. Однако, данная типологическая разновидность отличалась тем, что в качестве основания для развития феномена сверхценных образований в ней выступали доминирующие (непатологические, физиологические) образования, определяемые личностными особенностями пациента; сверхценные образования имели ограниченную связь с аффектом, то есть депрессивный аффект выступал скорее как катализатор личностных расстройств, а феномен сверхценных образований, возникающий в качестве личностной реакции под влиянием депрессивного аффекта, по мере редукции последнего претерпевал обратное развитие и сохранялся в виде психологически понятных доминирующих образований. Учитывая перечисленное: ряд параметров указывающих на близость с первой группой, но и ряд отличий от последней, данная типологическая разновидность была выделена как подвид

предыдущей. В отношении тематики сверхценных расстройств в эту группу вошли пациенты с ипохондрическими (37,6%), дисморфофобическими (31,2%) симптомокомплексами, а также сверхценными идеями ревности (31,2%).

При типологической разновидности с *аффект-диссоциированным механизмом* (21 пациента, 29,58% наблюдений) развитие сверхценных образований обнаруживало обособление от течения депрессии, вследствие чего устанавливалась относительная обособленность психопатологической конструкции сверхценного симптомокомплекса относительно аффекта. Феномен сверхценных образований отличался устойчивостью и маловариабельностью, при колебаниях аффекта интенсивность его проявлений практически не претерпевала изменений. Так вне зависимости от выраженности и динамики депрессивного аффекта сверхценный симптомокомплекс мог приобретать тенденцию к дальнейшему расширению и достигать уровня сверхценного бреда, с постепенной редукцией критического отношения. Структура сверхценных образований в этой группе тематически была представлена преимущественно ипохондрическими (52,3%), дисморфофобическими образованиями (33,3%), а также сверхценными идеями изобретательства и реформаторства (14,4%). Особенностью являлась отчетливо выявляемая диссоциация между характером депрессивного аффекта и интенсивностью и устойчивостью сверхценных расстройств. Редукция депрессивной симптоматики не видоизменяла тематику сверхценного симптомокомплекса, его динамику, то есть актуальность феномена сверхценных образований оставалась практически неизменной.

Психопатологический анализ, позволил заключить, что феномен сверхценных образований не только является комплексным расстройством со сложной структурой, включающей в себя несколько компонентов, но и имеет несколько механизмов развития в структуре эндогенной депрессии. Отмеченные различия в психопатологических проявлениях сверхценных образований, их тематике, закономерностях развития, а также связь с депрессивным аффектом и преморбидными особенностями позволяют предположить вовлеченность в их формирование принципиально различных патогенетических механизмов.

Перечисленные данные позволяют также сделать предположение о существовании некоего психопатологического континуума, на одном полюсе которого находятся доминирующие идеи, а на другом – бредовые. В каждом конкретном случае сверхценные образования находятся в определенной точке этого континуума, однако, в процесс динамического развития вступают некие факторы, приводящие к остановке дальнейшей трансформации и формированию устойчивых форм сверхценных симптомокомплексов, не достигающих бредового уровня. В основании такого механизма лежит некая девиация, результатом которой становится образование психопатологически оформленных сверхценных образований, что на наш взгляд, свидетельствует в пользу их психопатологической самостоятельности.

В одних наблюдениях аффективные приступы подвергались полной редукции с формированием интермиссий и сохранением доманифестной личностной структуры, а в других имели место проявления прогрессивного течения, касавшиеся формирования негативных изменений, что позволило условно отнести их к заболеваниям аффективного круга (рекуррентное депрессивное и биполярное аффективное расстройства – 47 пациентов, 66,2% наблюдений) и шизофрении (24 пациента, 33,8% наблюдений) соответственно. В случае заболеваний аффективного круга нами была выделена подгруппа пациентов с акцентуацией личности (12 пациентов, 16,9% наблюдений). Помимо динамики сверхценных образований, эти случаи отличались и закономерностями течения заболевания в целом. Были выявлены клинические корреляции между типологическими разновидностями депрессий и нозологическими формами, в рамках которых они формировались.

При описании динамики собственно сверхценных расстройств для заболеваний аффективного круга в процессе стабилизации состояния была характерна достаточно равномерная динамика с гармоничным уменьшением интенсивности компонентов сверхценных расстройств вплоть до полного их исчезновения. В подгруппе у пациентов с акцентуацией личности феномен сверхценных образований по мере редукции депрессивного аффекта претерпевал обратное развитие и сохранялся в виде психологически понятных доминирующих образований. Во второй нозологической группе (эндогенных заболеваний с

наличием прогрессивного типа течения) при редукции депрессивной симптоматики актуальность феномена сверхценных образований оставалась практически неизменной, то есть депрессивный аффект по мере стабилизации состояния утрачивал связь со сверхценными образованиями, что и приводило к сохранению последних в клинической картине заболевания. Причем трансформация в бредовые идеи (через этап сверхценного бреда) наблюдалась только при шизофрении. Сопоставление нозологических групп с определенными вариантами взаимосвязи сверхценных образований и депрессивного аффекта позволило выявить значимые отличия, имеющие большое значение для дифференциальной диагностики и прогноза. Так для пациентов с заболеванием аффективного круга отчетливо преобладал аффект-аффилированный механизм развития сверхценных образований в структуре депрессии (91,4% случаев). В подгруппе у пациентов с акцентуацией личности в большинстве случаев был характерен вариант с аффект-ассоциированным вариантом взаимосвязи феномена сверхценных образований и депрессивного аффекта (83,3% случаев). А для группы шизофрении в картине депрессии наблюдался по большей части аффект-диссоциированный типологический вариант развития сверхценных образований (75% случаев).

К общим закономерностям течения эндогенных аффективных заболеваний можно отнести зависимость частоты и глубины фаз от моно- или биполярного течения, чередование различных по структуре депрессивных приступов. Течение биполярной формы имело ряд особенностей, отличавших его от динамики рекуррентного депрессивного расстройства: более ранний возраст манифестации заболевания ($p < 0,01$), меньшая глубина манифестных аффективных фаз, более частое фазообразование, большая глубина и меньшая длительность повторных аффективных состояний ($p < 0,05$), менее продолжительные ремиссии, преобладание аутохтонных механизмов формирования депрессий ($p < 0,01$). Монополярная форма отличалась меньшей частотой фаз и глубиной аффективной симптоматики, однако по длительности приступов преобладала над биполярной формой, вследствие чего прогностическая значимость обеих форм в отношении качества жизни была оценена как приблизительно равная.

К типичным особенностям динамики шизофрении, протекающей с формированием очерченных во времени депрессивных состояний, относились: малая степень прогрессивности эндогенного процесса (отсутствие грубых дефицитарных проявлений, изменений социально-трудового статуса, незначительная выраженность расстройств, отражающих непрерывный характер эндогенного процесса); преобладание случаев с ранним началом заболевания; редкость динамики заболевания с развитием депрессий только одной структуры. Учитывая перечисленные особенности, эту группу в прогностическом отношении следует считать достаточно благоприятной.

Формирование депрессий с аффект-ассоциированным механизмом развития сверхценного образования с прогностической точки зрения указывало на менее благоприятный исход по сравнению с аффективными заболеваниями без акцентуации личности, в которых в основном наблюдался аффект-аффилированный вариант развития сверхценных расстройств в структуре депрессий, и на более благоприятный исход, по сравнению с шизофренией, в рамках которой в структуре депрессий отмечался аффект-диссоциированный механизм развития феномена сверхценных образований. Депрессии с аффект-диссоциированным механизмом развития сверхценных образований указывали на прогрессивность заболевания в целом с явной тенденцией к хронификации.

Для выявления особенностей нарушений когнитивных функций и их динамики, специфичных для больных на этапе текущего депрессивного эпизода, протекающего с формированием сверхценных образований, с целью установления влияния феномена сверхценных образований на высшие психические функции, проводилось исследование с помощью клинико-нейропсихологического метода. Всего было обследовано 35 пациентов с наличием депрессивного состояния, формирующегося в рамках фазы или приступа эндогенного заболевания с присутствием феномена сверхценных образований в клинической картине депрессии. Выборка была разделена на три подгруппы, соответствующие ранее изложенному типологическому делению сверхценных образований, формирующихся при эндогенной депрессии. Группу сравнения составили сходная

по числу, сопоставимая по полу, возрасту, уровню образования и клинико-психопатологическому профилю группа больных (31 пациент) с наличием депрессивного состояния, формирующегося в рамках фазы или приступа эндогенного заболевания без сверхценных образований. Контрольная группа была также разделена на три подгруппы в соответствии с баллами по шкале Гамильтона, сопоставимыми со средним результатом баллов для каждой подгруппы экспериментальной группы на высоте состояния. Было установлено, что сверхценные образования являются важным фактором, оказывающим влияние на степень выраженности когнитивных нарушений у пациентов с депрессией, в частности особо ярко это проявляется в регуляторной сфере и сфере слухоречевой памяти.

Также были сформулированы основные принципы терапии депрессий со сверхценными образованиями в их структуре: дифференцированный подход с учетом нозологической принадлежности; комплексное лечение с применением наряду с антидепрессантами нейролептических, нормотимических и ноотропных препаратов; этапность в применении психофармакологических препаратов и их комбинаций; применение способов преодоления фармакологической резистентности.

При лечении депрессий со сверхценными расстройствами в рамках *аффективного заболевания*, учитывая неразрывная связь сверхценных расстройств с динамикой аффективной симптоматики, акцент ставился на применении антидепрессантов и небольших доз нейролептиков, при этом соблюдался принцип этапности с постепенным усилением фармакологического воздействия. Выбор антидепрессанта проводился в зависимости от типа преобладающего аффекта и глубины депрессии. В большинстве случаев (70 %) на начальном этапе применялись селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Выбор этой группы лекарств был обусловлен наилучшим спектром переносимости. Исключения делались в случаях, когда тяжесть депрессии требовала необходимость применения препаратов с более быстрым наступлением терапевтического эффекта. В этих случаях препаратами выбора были трех- или четырехциклические антидепрессанты.

В данной нозологической группе нейролептики применялись в небольших дозировках, предпочтение отдавалось препаратам с селективным положительным влиянием на идеаторные построения из групп пиперазиновых производных фенотиазина, производных тиоксанта, дибензотиазепина. Пиперидиновые производные фенотиазина могли использоваться с целью коррекции патохарактерологических особенностей. Для предотвращения инверсии фазы и для профилактики последующего рецидивирования в случае биполярного течения аффективного заболевания, назначались нормотимические препараты. Назначение транквилизаторов находило свое применение для купирования тревожной и фобической симптоматики в малых и средних дозах, предпочтительно короткими курсами. При наличии когнитивных нарушений и астенических расстройств, эффективным оказывалось включение в схему лечения ноотропов.

Так, при депрессиях в рамках аффективного заболевания с относительно простой синдромальной структурой, указанная схема лечения (антидепрессанты, небольшие дозы нейролептиков, транквилизаторов и ноотропов), в большинстве случаев позволяла достичь значительного и стабильного терапевтического эффекта.

Алгоритм терапии в случае депрессий со сверхценными расстройствами в рамках *малопрогредиентной шизофрении* включал в себя лечение нейролептиками преимущественно с селективным положительным влиянием на идеаторные построения.

Препаратом, чаще всего используемым в качестве поддерживающей терапии в амбулаторных условиях был трифлуоперазин. Несмотря на то, что этот препарат относится к типичным нейролептикам, в проведенном исследовании отмечалась наибольшая его эффективность среди других применяемых нами нейролептиков. Для коррекции аффективных нарушений назначались антидепрессанты в зависимости от типа преобладающего аффекта и выраженности депрессивных расстройств. Чаще всего использовались препараты СИОЗС или СИОЗСН. Реже препаратами выбора становились – три- или тетрациклические антидепрессанты. Важно отметить, что существенных отличий в используемых антидепрессантах у данной группы больных по отношению к предыдущей не отмечалось.

Выявленные различия в лечении эндогенной депрессии были обусловлены не только нозологической природой данных состояний, но и типологическими особенностями развития сверхценных образований.

Несмотря на клинико-типологические различия, в ряде случаев эффективным было присоединение к психофармакологической терапии ритмической транскраниальной магнитной стимуляции. Следует заметить, что проведение курса рТКМС хотя и не устраняло полностью болезненных расстройств в период активного течения заболевания, способствовало значительному их редуцированию и уменьшению резистентности состояния больных к психотропным средствам.

Вспомогательным звеном лечения депрессий со сверхценными образованиями являлась психокоррекционная работа. Психотерапевтические интервенции проводились на этапе редукиции актуальной депрессивной симптоматики и были дифференцированы на основании установленного типологического варианта механизма формирования сверхценного симптомокомплекса. Психотерапия являлась важным дополнением к психофармакологическому лечению, в результате которого наблюдалась более заметная редукиция депрессивного аффекта, влияющего на сверхценные образования у пациентов в случае аффект-аффилированного и с аффект-ассоциированного механизма развития сверхценных расстройств. Проведение психокоррекционной работы позволяло оптимизировать социальное функционирование больных, повысить их общую уверенность, способность к снятию ситуационно обусловленного напряжения, выработку конструктивных адекватных способов разрешения проблем.

Таким образом, результатом проведенного клинико-психопатологического исследования контингента больных зрелого возраста с синдромом сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии, можно считать выявленные различия как в психопатологических проявлениях сверхценных образований, их тематике, закономерности развития, а также связи с депрессивным аффектом и преобидными особенностями, что позволило предположить вовлеченность в их развитие различных факторов. Выявление психопатологических особенностей

сверхценных образований, различий механизмов их формирования позволили разработать их типологию, имеющую прогностическое значение, способствующую клиническому разграничению подобных состояний. Проведенное исследование позволило выявить взаимосвязь между динамикой развития синдрома сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии и конкретными заболеваниями, в рамках которых формируются данные состояния, что определяет прогноз заболевания и влияет на выбор терапевтической тактики. Были разработаны основы персонифицированной психофармакологической помощи, которая учитывает вариант взаимосвязи сверхценных образований и депрессивного аффекта, а также клинические особенности заболевания, в рамках которого развиваются данные состояния.

ВЫВОДЫ

Результаты исследования, основанные на изучении репрезентативной клинической когорты, позволяют сформулировать следующие выводы:

1. Сверхценные образования, формирующиеся в структуре эндогенной депрессии, включают в себя идеаторный, эмоциональный (аффективный) и поведенческий компоненты, и представляют собой психопатологически неоднородную группу. Компоненты сверхценных расстройств демонстрируют различную степень аффинитета к депрессивному аффекту.
2. Основные компоненты сверхценных расстройств представлены аффективно заряженными, доминирующими в сознании больного субъективно значимыми суждениями, представлениями, интересами, эмоциями, определяющими его поведение и при этом поддающиеся частичной коррекции.
3. Психопатологические механизмы развития сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии реализуются в пределах трех типологических вариантов:
 - 3.1. Аффект-аффилированного, демонстрирующего устойчивую связь с характером и интенсивностью аффективных расстройств.
 - 3.2. Аффект-ассоциированного, имеющего ограниченную связь с аффектом, при котором формирование сверхценного расстройства детерминировано личностными особенностями пациента.
 - 3.3. Аффект-диссоциированного, обнаруживающего поступательное обособление от динамики депрессии с установлением обособленной устойчивой психопатологической конструкции сверхценных расстройств.
4. Анализ нозологических форм, в структуре которых формируются депрессии со сверхценными расстройствами, показал их гетерогенность в рамках аффективного и шизофренического спектров, и выявил следующие особенности течения заболевания.

4.1. Для аффективного расстройства обнаружены различия, коррелирующие с преобладающим типом течения (моно- или биполярного).

4.1.1. Для биполярной формы характерна меньшая глубина и интенсивность аффекта, большая частота фазообразования, краткость ремиссий и аутохтонный механизм формирования депрессий.

4.1.2. Для монополярной формы характерна меньшая частота возникновения фаз, но большая их продолжительность в сравнении с биполярной формой, умеренная глубина аффективной симптоматики, длительность ремиссий и эндореактивный механизм манифестации.

4.2. Для шизофрении (малопрогрессиентной, приступообразно-прогрессиентной формы течения) характерным является сохранение стереотипа симптоматики приступов, длительность ремиссий относительно хорошего качества, даже при сохранении сверхценных образований и неврозоподобных расстройств и неглубокие негативные изменения.

5. Сопоставление нозологических форм и выделенных типологических вариантов депрессий со сверхценными образованиями выявило значимые различия, имеющие дифференциально-диагностическое и прогностическое значение.

5.1. Для пациентов с заболеванием аффективного круга (биполярное аффективное расстройство, рекуррентная депрессивное расстройство) отчетливо преобладает аффект-аффилированный механизм развития сверхценных образований в структуре депрессии (91,4% случаев).

5.2. Для пациентов с устойчивыми патохарактерологическими особенностями (уровня акцентуации) характерен вариант с аффект-ассоциированным вариантом взаимосвязи феномена сверхценных образований и депрессивного аффекта (83,3% случаев).

5.3. Для пациентов с шизофренией наблюдается преимущественно аффект-диссоциированный типологический вариант развития сверхценных образований в картине депрессии (75% случаев).

6. Нейропсихологический профиль больных эндогенной депрессией, протекающей со сверхценными образованиями, включает нарушения регуляторных функций, снижение вербальной беглости, нарушение наглядно-мыслительной деятельности и слухоречевой памяти. Центральным звеном нейрокогнитивного дефицита является нарушение произвольной регуляции психической деятельности, которое определяет психопатологический смысл рассматриваемых состояний, связано с дисфункцией передних отделов левого полушария и тем самым может быть включено в состав церебральных патогенетических механизмов депрессий со сверхценными образованиями.

7. Психотерапевтические алгоритмы для депрессий со сверхценными образованиями разработаны с учетом представленного типологического деления, а также преобладающего радикала аффекта и глубины депрессии.

7.1 Для депрессий с аффект-аффилированным механизмом развития сверхценных образований преимущество отводится использованию антидепрессантов с высокой селективностью в отношении серотонинергической или норадренергической и серотонинергической системы и тимостабилизирующей терапии. С учетом наличия сверхценных расстройств в схему включались антипсихотики из группы пиперазиновых производных фенотиазина, производных тиоксантена, дибензотиазепина.

7.2 Терапия депрессий с аффект-ассоциированным механизмом развития сверхценных образований осуществляется с позиции той же стратегии, что и с аффект-аффилированным механизмом. Целесообразна большая длительность терапии, использование преимущественно селективных ингибиторов обратного захвата серотонина с введением в схему

пиперидиновых производных фенотиазина с целью коррекции имеющихся у этих пациентов патохарактерологических особенностей.

7.3 В терапии депрессий с аффект-диссоциированным механизмом развития сверхценных образований предпочтение отдается использованию атипичных антипсихотиков группы дибензодиазепинов (новые генерации), для антидепрессивной терапии препараты из групп неселективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина, в сочетании с три- и тетрациклическими антидепрессантами и безнодизаепиновыми транквилизаторами.

8. Психотерапевтические интервенции проводились на этапе редукции актуальной депрессивной симптоматики и были дифференцированы на основании установленного типологического варианта механизма формирования сверхценного симптомокомплекса.

8.1. Для групп пациентов с аффект-аффилированным механизмом развития наиболее эффективными оказываются использование методик индивидуальной (рационально-эмотивная психотерапия Эллиса, когнитивная психотерапия Бека, краткосрочная проблемно-ориентированная терапия).

8.2. Для групп пациентов с аффект-ассоциированным механизмом развития наиболее эффективно использование методик индивидуальной психоаналитической и когнитивно-поведенческой терапии, ориентированные на изменение представления о шкале ценностных категорий для конкретной личности.

8.3. Для группы пациентов с аффект-диссоциированным механизмом развития эффективно привлечение методов групповой терапии, ориентированной на восстановление и развитие способностей пациента к адаптивному поведению и групповые методики (образовательные тренинги, тренинги когнитивных навыков).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

- I.** При нозологической оценке депрессий и определении прогноза следует опираться на данные об особенностях развития сверхценных образований в структуре депрессии, их типологической разновидности, а также клинико-динамических особенностей эндогенного заболевания в целом.
- II.** При определении прогноза у пациентов, страдающим депрессиями со сверхценными расстройствами, следует учитывать типологическую разновидность развития сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии, согласно разработанной в диссертации оригинальной концепции, а также клинико-динамические особенности заболевания в целом.
- III.** Алгоритмы персонифицированной психофармакотерапии и социореабилитационной помощи пациентам, страдающим депрессиями со сверхценными расстройствами, разработанные в данном исследовании, оптимизируют оказываемую им специализированную медицинскую помощь.
- IV.** Результаты проведенного исследования могут использоваться при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, медицинских психологов.
- V.** Методологические принципы, на базе которых построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-практических разработок в данной области.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства. /Ю.А. Александровский // Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2000. - 496 с.
2. Аменицкий, Д.А. К вопросу о сверхценных и навязчивых идеях. / Д.А. Аменицкий // Невро-патология и психиатрия. - 1938.- Т. VII, вып. 3. - с. 150.
3. Аменицкий, Д.А. Навязчивые, сверхценные и бредовые образования и их судебно-психиатрическое значение./ Д.А. Аменицкий //Дисс. докт. мед. наук.- М. - 1942.- 324с.
4. Абриталин, Е.Ю. Социальное функционирование больных с фармакорезистентными депрессиями / Е.Ю. Арбиталин, Н.В. Федоров // Социология медицины. - 2011. - №2. – С. 47-51.
5. Баранов, П. А. Эндогенные анестетические депрессии (психопатология и терапия) / П.А. Баранов // Учебное пособие. РМАПО МЗ РФ. -М. - 2000.-27 с.
6. Бебуришвили, А.А. Юношеские депрессии со сверхценными симптомокомплексами в рамках пубертатной динамики расстройства личности //Автореф.дисс. ... канд.мед.наук.: Бебуришвили Анастасия Андреевна. - М., 2009. – 23 с.
7. Бебуришвили, А. А. Депрессии с доминированием сверхценных расстройств при пубертатной декомпенсации психопатий/ А.А. Бебуришвили // Актуальные проблемы психиатрии, психотерапии и медицинской психологии: Сборник научных материалов конференции «Психиатрия глазами молодых ученых», Тула, 3-6 сентября 2008 г. — М: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава».- 2008. - С. 18-24.
8. Бесчасный, А.А. Диагностическое значение синдромов сверхценных увлечений и интересов у подростков/ А.А. Бесчасный, Б.Л. Урицкий, С.В. Щербакова и др.// Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии. Сборник материалов научно-практической конференции, посвященной 100-летию РПБ №1. - Министерство здравоохранения Республики Башкортостан. Уфа, 1944. - С. 27-30.

9. Блейхер, В.М. Толковый словарь психиатрических терминов (Под. ред. С.Н. Бокова). / В.М. Блейхер, И.В. Крук. - Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК». - 1995. - 640 с.
10. Брагин, Р.Б. О механизмах образования сверхценных идей./ Р.Б. Брагин// Неврология и психиатрия: Республиканский межведомственный сборник. - Киев, 1972. - Вып. 2. - С. 175-178.
11. Брагин, Р.Б. Синдром сверхценных образований как актуальная общепсихиатрическая и судебно-психиатрическая проблема. / Р.Б. Брагин// Украинский вестник психоневрологии. - 1995. - №2. - С. 163-164.
12. Брагин, Р. Б. Некоторые черты патоморфоза сверхценных образований в современных условиях / Р.Б. Брагин, К.Р. Брагина // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 1 (додаток). — С. 164–165.
13. Брагин, Р.Б. Психопатологические формы сверхценных идей / Р.Б. Брагин // Вопросы психиатрии и психотерапии // Тамбовская областная научно-практическая конференция психиатров. Кр. тез. докл.- Тамбов., 1977. - С. 62-63.
14. Брагин, Р. Б. Сверхценные образования при депрессиях различного генез/ Р.Б. Брагин // VI съезд невропатологов и психиатров Украинской ССР: Тезисы докладов. — Харьков, 1978. — С. 381–382.
15. Будаи, Н.Н. Сверхценные образования у лиц подросткового возраста / Н.Н. Будаи // XV съезд психиатров России, М. 9-12 ноября 2010 (материалы съезда). - М.: ИД "МЕДПРАКТИКА-М", 2010. - С. 136.
16. Вертоградова, О.П. Соматовегетативные нарушения при разных типах депрессии Корсакова / О.П. Вертоградова, С.Ю. Диков // Ж. невр. и псих. им. С.С. Корсакова. – 2011. - №7. – С. 18-24.
17. Волель, Б.А. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия): Авт.дисс.на соиск.уч.ст.докт.мед. наук: Волель Беатриса Альбертовна. - М., 2009. - 47 с.
18. Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень №369.-Женева, 2017.

19. Ганнушкин, П.Б. Избранные труды / П.Б. Ганнушкин // Под. ред. О.В. Кербикова, - Ростов-на-Дону: изд-во «Феникс»,1998. - 416 с.
20. Гаранян, Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований./ Н.Г. Гаранян// Социальная и клиническая психиатрия.- 2009. - Т.19, Вып. 1. - С. 79-89.
21. Гаранян, Н.Г. Перфекционизм, депрессия и тревога./ Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева // Московский психотерапевтический журнал. - 2001. - № 4.- С. 18-49.
22. Гедевани, Е.В. Проблемы определения феномена адинамии и роли адинамических расстройств в структуре эндогенных депрессий /Е.В. Гедевани// Психиатрия.-2016.-№1.-С.71-79.
23. Гедевани, Е.В. Особенности психопатологической структуры эндогенных адинамических депрессий /Е.В. Гедевани// Психиатрия.-2014.- №2.- С.32-38
24. Гедевани, Е.В. Эндогенные депрессии с адинамическими расстройствами: вопросы психопатологии, клиники и дифференциальной диагностики: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: Гедевани Екатерина Владимировна. - Москва, 2016. - 24 с.
25. Гиляровский, В.А. Избранные труды / В.А. Гиляровский. – М: Медицина, 1973.- 358 с.
26. Голик, А.Н. Психопатологические особенности сверхценных влечений и их значение для прогноза течения шизофрении, начавшейся в подростковом и юношеском возрасте. // Журн. невропат, и психиатр. - 1991. -№ 8. - С. 39-42.
27. Горюнов, А.В. Клинико-психопатологические особенности первых депрессивных эпизодов у подростков: автореф.дисс. ... канд.мед.наук.: Горюнов Александр Владимирович. - М., 2002. – 23 с.
28. Гофман, А.Г. Комментарии к статье В.Д. Менделевича «Влечение как влечение, бред как бред»/ А.Г. Гофман // Вопросы наркологии. — 2011. — №3. — С. 123—126.

29. Данилова, С.В. Судебно-психиатрическое значение паранойяльных состояний при расстройствах личности (клинико-психологический аспект): автореф. дисс. ...канд. мед. наук: Данилова Светлана Валерьевна. - М., 2005. - 24с.
30. Данилова, С.В. Аффективная агрессия при смешанном расстройстве личности/ С.В. Данилова, О.С. Басилашвили// Практика судебно- психиатрической экспертизы. - М., 2008. - №.46 - С. 58-69.
31. Данилова, С.В. Судебно-психиатрическое значение паранойяльных состояний при расстройствах личности// Дисс. ... канд.мед.наук: Данилова Светлана Валерьевна. - М., 2005. - 194 с.
32. Данилова, С.В. Радченко Н.А. Ограниченная вменяемость при сверхценных идеях физической ущербности./ С.В. Данилова, Н.А. Радченко// Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сборник № 42. Под ред. Академика РАМН Т.Б. Дмитриевой. -М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2004. - С.253-262.
33. 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.
34. Дмитриева, Т.Б. Факторы, оказывающие влияние на состояние психического здоровья населения России. / Т.Б. Дмитриева// Вестн неврол, психиат и нейрохирургии - 2009. - № 1. - С. 16-21.
35. Дмитриева, Т.Б. Психиатрия: национальное руководство / Т.Б. Дмитриева / под ред. Т.Б.Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова, Ю. А. Александровского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1000с.
36. Дружинин, В.Н. Психология творчества / В.Н. Дружинин // Психологический журнал. - 2005. - т. 26, вып. 5. - С. 101 - 109.
37. Дубницкий, Л.Б. Особенности сверхценных образований типа «метафизической интоксикации» при юношеской шизофрении: Дисс. . канд. мед. наук. - М., 1977. - 178с.
38. Жмуров, В.А. Психические нарушения / В.А. Жмуров. - М. - 2008. - 1115 с.
39. Зайцев, В.В. Патологическая склонность к азартным играм - новая

проблема российской психиатрии. / В.В. Зайцев // Социальная и клиническая психиатрия. - 2000.-Т. 10, вып. 3. - С. 52 -58.

40. 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.

41. Илюшина, Е.А. Динамические особенности бредовых и сверхценных образований с учетом механизмов их синдромообразования/ Е.А. Илюшина // Сб. статей Всероссийской школы молодых ученых в области психического здоровья с международным участием: «Психиатрия: вчера, сегодня, завтра». – Кострома, 22-24 апреля 2014г. – С.57-60.

42. Илюшина, Е.А. Дифференциально-диагностическое значение психопатологической структуры бредовых и бредоподобных состояний. / Е.А. Илюшина, А.А. Ткаченко // Социальная и клиническая психиатрия. - 2013. - №3. - С. 26-35.

43. Илюшина, Е.А. Особенности механизмов синдромообразования бредовых и бредоподобных состояний. / Е.А. Илюшина, А.А. Ткаченко // Российский психиатрический журнал. - 2013.- №1. - С. 36-44.

44. Илюшина, Е.А. Клинико-патогенетические механизмы сверхценных образований/ Е.А. Илюшина, А.А. Ткаченко // Российский психиатрический журнал. - 2016. - №3. - С. 26-35.

45. Исаченкова, М.П. Синдром сверхценных образований в подростково-юношеском возрасте (клинический и судебно-психиатрические аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. -М. 1986.- 26 с.

46. Исаченкова, М.П. Судебно-психиатрическое значение сверхценных образований в подростковом возрасте/ М.П. Исаченкова // XII съезд психиатров России. 1-4 ноября 1995 года. - М., 1995. - С.462-463.

47. Каледа, В.Г. Экспресс-диагностика нейрокогнитивного функционирования при эндогенных психических расстройствах. Методические

рекомендации./ В.Г. Каледа, И.В. Плужников, М.М. Попов. - НЦПЗ Москва, 2017 - 20 с.

48. Катюшевич, Д.А. Личностные девиации больных невротической ипохондрией/ Д.А. Катюшевич // Первая научно-практическая конференция психиатров и наркологов южного федерального округа. - Ростов-на-Дону: Изд. Лечебно-реабилитационного научного центра "Феникс", 2004. - С. 246-248.

49. Клиническая и судебная подростковая психиатрия // Под. ред. В.А. Гурьевой. - М.: Генезис, 2001. -480 с.

50. Кобзарь, Н.И. Супружеская дезадаптация при параноидном расстройстве личности со сверхценными идеями ревности и отношения у мужчин./ Н.И. Кобзарь // Международный медицинский журнал. - 2001. - Т. 7., №1. - С. 41-42.

51. Ковалев, В.В. Сверхценные образования и их роль в психопатологии детского возраста. / В.В. Ковалев //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 1974. - №10. – С.1519 – 1525.

52. Коляго, О.О. Клинико-психопатологическая структура синдрома сверхценных образований, формирующегося в рамках эндогенной депрессии/ О.О. Коляго// Психиатрия. - 2016. - №2. - С.15-20.

53. Коляго, О.О. Применение метода транскраниальной магнитной стимуляции в комплексной терапии эндогенных депрессий со сверхценными образованиями / О.О. Коляго, М.М. Попов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2017. - №1. - С.85-88.

54. Корень, С.В. Личностные характеристики и структура депрессии при аффективных расстройствах: сравнение органического аффективного расстройства и рекуррентной депрессии // Автореф. дис. . канд. мед. наук.: Корень Сергей Владимирович. - Москва, 2008. -23 с.

55. Коркина, М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте./ М.В. Коркина. - М.: Медицина, 1984. - 221с.

56. Короленко, Ц.П. Социодинамическая психиатрия. / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. - Екатеринбург: Деловая книга, 2000. - С. 351 - 372.

57. Кошкин, К.А. Апатическая депрессия: структура и динамика// Дисс.

...канд. мед. наук: Кошкин Кирилл Александрович. - М., 2010. - 211 с.

58. Кошкин, К.А. О структуре личности при апатической депрессии / К.А. Кошкин // В сб.: Российской конференции «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 г.)». – М., 2008. - С.26.

59. Кравченко, Н.Е. Современные представления о депрессивных расстройствах настроения в подростковом возрасте и некоторых проблемах их терапии (аналитический обзор). / Н.Е. Кравченко // Терапия психических расстройств. 2007.- №3. - С.4-20.

60. Краснов, В.Н. Закономерности динамики депрессий: клинические, патогенетические и терапевтические аспекты. Депрессия и коморбидные расстройства. / В.Н. Краснов / Под ред. А.Б. Смулевича.- М.: НЦПЗ РАМН, 1997. - С. 80-97.

61. Краснов, В.Н. Диагноз и классификация психических расстройств в русскоязычной психиатрии: раздел расстройств аффективного спектра. / В.Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. - 2010. - №20(4). - С. 58-63.

62. Краснов, В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов.- М.: Практическая медицина, 2011.- С. 203-217.

63. Крылова, Е.С. Юношеские депрессии с симптомокомплексом "метафизической интоксикации" // Дисс. .канд.мед.наук.: Крылова Елена Сергеевна - М., 2004. — 297 с.

64. Куприянова, И. Е. Качество жизни и психическое здоровье / И. Е. Куприянова, В. Я. Семке. Томск : Изд-во "РАСКО", 2004. - 121 с.

65. Куприянова, И. Е., Семке В. Я. Качество жизни и превентивная психиатрия / И. Е. Куприянова, В. Я. Семке. - Томск, 2007. - 186 с.

66. Лашкова, А.В. Синдром патологического фантазирования у подростков в судебно-психиатрической клинике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.: Лашкова Анна Валерьевна. -М., 2000.- 19 с.

67. Либерман, А.Е., Проценко М.И. Аффективные компоненты в структуре сверхценных и бредовых идей ревности./ А.Е. Либерман, М.И. Проценко// В кн.: 22

научная сессия Харьковского научно-исследовательского института невропатологии и психиатрии. - Харьков, 1965, т.2. - С. 116.

68. Мазо, Г.Э. Терапевтически резистентные депрессии: подходы к лечению/ Г.Э. Мазо, М.В. Иванов // Психиатрия и психофармакотерапия. -2007. -Т. 9, № 1.- С. 42-45.

69. Макаров, И.В. О патологических увлечениях и фантазиях при детской шизофрении / И.В. Макаров // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2004.-№ 1(4).- С. 78- 79.

70. Максимова, М.Ю. Особенности личности больных депрессиями юношеского возраста и ее динамика на преморбидном этапе: автореф. дис. ...канд. мед. наук: Максимова Мария Юрьевна. - М., 2002. -24 с.

71. Малиночка, С.А. Патологические увлечения у больных с расстройствами шизофренического спектра и их влияние на социальное функционирование больных: Дис. ... канд.мед.наук.: Малиночка Светлана Андреевна. - М.,2009. - 189 с.

72. Меграбян, А. А. Общая психопатология / А.А. Меграбян. — М-Медицина, 1972.— 288 с.

73. Менделевич, В.Д. Психиатрическая пропедевтика./ В.Д. Менделевич. - М.: МЕДпресс информ,2004. - 528 с.

74. Менделевич, В.Д. Влечение как влечение, бред как бред/ В.Д. Менделевич // Вопросы наркологии. — 2010. — №5. — С. 95—102.

75. Михайлов, Б. В. Проблема депрессий в общесоматической практике / Б.В. Михайлов // Международный медицинский журнал. — 2003. — Т. 9, № 3. — С. 22–27.

76. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии.: Пер. с англ. Женева: ВОЗ, 1994. - 208 с.

77. Молохов, А. Н. О параноическом развитии личности, параноической реакции и отношении их к шизофрении / А.Н. Молохов// Труды психиатрической клиники ММИ.— М., 1934-С. 327—337.

78. Морозов, В.М. К вопросу о сверхценных идеях (1933). / В.М. Морозов.// В кн.: Избранные труды. – Media medica, Москва, 2007. – С. 91- 104.
79. Морозов, В.М. К вопросу о сверхценных идеях/ В.М. Морозов// Труды психиатрической клиники ММИ. - М., 1934. - С. 338-349.
80. Мосолов, С.Н. Современные антидепрессанты: механизмы действия и клиническое применение. / С.Н. Мосолов. - Фарматека. 2003. - № 4. - С.27-34.
81. Мосолов, С.Н. Полвека нейролептической терапии: основные итоги и рубежи/ С.Н. Мосолов // Новые достижения в терапии психических заболеваний. - М.: ЗАО «Издательство Бином», 2002. - С. 471 - 81.
82. Носачев, Г.Н. Методика предельных смыслов в изучении языковой картины мира пациента с невротической депрессией./ Г.Н. Носачев, А.Н. Краснов, Д.А. Смирнова и др. // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. - т. 12, №3(2). -2010. - С. 412-416.
83. Нуллер, Ю.Л. Аффективные психозы/ Ю.Л. Нуллер, И.Н. Михаленко. - Л.: Медицина, 1988. — 329 с.
84. Осипов, В.П. Курс общего учения о душевных болезнях./ В.П. Осипов. - Берлин, Гос. изд. РСФСР, 1923 - 723 стр.
85. Перельман, А.А. Очерки расстройств мышления./ А.А. Перельман. - Томск : Изд-во Томского университета, 1957. - 117 с.
86. Печерникова, Т. П. Сутяжно-паранойяльные состояния и их судебно-психиатрическая оценка// Автореф. дис. . д-ра мед. наук. - М., 1969, -36 с.
87. Протокол ведения больных «Депрессии» (проект). // Национальный Стандарт Российской Федерации. М.: Стандартинформ. - 2008. - 196 с.
88. Пятницкий, Н.Ю. Феноменология бреда и сверхценных идей в психопатологии Th. Meynert и С. Wernicke/ Н.Ю. Пятницкий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2016. - Т.116, №10. - С. 76-81
89. Пятницкий, Н. Ю. Номиналистические аспекты клинической психопатологии: бред и мономании./ Н.Ю. Пятницкий // Независимый психиатрический журнал.- 2008.- №3.- С. 11-17.

90. Руководство по психиатрии/ Под ред. академика РАМН А.С. Тиганова. Т. 2. — М.: Медицина, 1999.
91. Рыбальский, М. И. Бред./ М.И. Рыбальский. - М.: Медицина, 1993.-368 с.
92. Савенко, Ю. С. Феноменология как преодоление дилеммы «сциентизм — антисциентизм» (значение и судьба феноменологии в психиатрии)/ Ю.С. Свенко // Пути обновления психиатрии: Материалы IV съезда НПА. Под ред. Ю.С. Савенко.- М.: Литература и политика, 1992. - С. 122-129.
93. Савенко, Ю. С. Паранойяльные синдромы и критерии психотического/ Ю.С. Савенко // Биологические и экспериментально-психологические аспекты шизофрении и аффективных расстройств: Материалы 111 съезда НПА. - М., 1991. - С. 70-72.
94. Семке, В. Я. Моральная и экономическая цена депрессий / В.Я.Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2003. — № 2. — С. 9.
95. Сергеев, И.И. Аномальные увлечения у детей и подростков: клиника, динамика, социальная дезадаптация»/ И.И. Сергеев, Р.В. Дейч // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2009. - №2. - С. 28-33.
96. Сергеев, И.И., Малиночка С.А. Патологические увлечения больных шизофренического круга/ И.И. Сергеев, С.А. Малиночка. - М.: Цифровичок, 2010г. - 198 стр.
97. Сергеев, И.И. Патологические интересы и увлечения при шизофрении / И.И. Сергеев, С.А. Малиночка // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 2008.- т.108, вып.3.- С. 11-17.
98. Скокаускас, Н., Саткявичюте Р., Бурба Б. Некоторые аспекты патологического влечения к азартным играм/ Н. Скокаускас, Р. Саткявичюте, Б. Бурба и др. // Психиатрия под. ред. А.С. Тиганова. - 2004. - Т. 03(09). - С. 59 - 65.
99. Случевский, И. Ф. Психиатрия./ И.Ф. Случевский. - Медгиз, 1957. – 443 с.
100. Сметанников, П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей. - Изд. 4- е, перераб. и доп./ П.Г. Сметанников. - СПб.: СПбМАПО, 1997. - С. 53-54.

101. Смулевич, А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях/ А.Б. Смулевич. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва: МИА, 2015. - 640с.

102. Смулевич, А.Б. Депрессия как общемедицинская проблема; вопросы клиники и терапии / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. - Т. 8, № 3. - С. 4-10.

103. Смулевич, А.Б., Современный взгляд на проблему ипохондрии в аспекте клиники и терапии / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая // Фарматека. - 2006.-№ 7.-С.71-76.

104. Снежневский, А.В. Клиническая психопатология/ А.В. Снежневский// В кн.: Руководство по психиатрии (под ред. А.В.Снежневского). - Медицина, Москва, 1983. - Том 1. - С. 16-93.

105. Сорокин, С. А. Типологические разновидности апатических расстройств при эндогенных депрессиях и их нозоспецифическое и прогностическое значение / С.А. Сорокин // В сб. Медицинская наука: достижения и перспективы. – Москва, 2014. - С. 236-242.

106. Сорокин, С.А. Эндогенные апатические депрессии (вопросы психопатологии, клиники и терапии)// Автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: Сорокин Сергей Александрович. - Москва, 2015. - 24 с.

107. Степанова, Л.Н. Доминирующие, сверхценные идеи и паранойяльный бред в клинике психопатии, судебно-психиатрическая оценка этих состояний// Автореф. дис.... канд. мед. наук. - М., 1972.- 18 с.

108. Степанова, Л.Н. Доминирующие, сверхценные идеи и паранойяльный бред в клинике психопатии, судебно-психиатрическая оценка этих состояний// Дис. . канд. мед. наук. -М., 1972. — 235с.

109. Степанова, Л.Н. Сверхценные и бредовые образования при психопатиях. / Л.Н. Степанова// В кн.: Вопросы судебной психиатрии. - М., 1969. - с. 53.

110. Суровцева, А. К. Клинико-психологическое исследование качества жизни больных депрессивными расстройствами// Автореф. дис.... канд. мед. Наук: Суровцева Альфира Касимовна. - Томск, 2005. - 23 с.

111. Терентьев, Е. И. Бред ревности./ Е.И. Терентьев. - М.: Медицина, 1991. - 271с.

112. Тиганов, А.С. К вопросу о патоморфозе психических заболеваний / А.С. Тиганов // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи (в двух томах). - Том I. - СПб, 2009.- С. 371-375.

113. Тиганов, А.С. Проблема возрастных аспектов депрессивных состояний / А.С. Тиганов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. - Т. 113, № 11. - С. 3-6.

114. Тимофеев, Л.Н. Клинические особенности синдрома сверхценных идей ревности и супружеской неверности. / Л.Н. Тимофеев// Журнал невропатологии и психиатрии. – 1964. - с. 390 - 397.

115. Ткаченко, А.А. Диагностическая информативность психолого-психиатрического анализа при дифференциации бредовых состояний и сверхценных образований. / А.А. Ткаченко, О.Ф. Савина, М.В. Морозова и др.// Российский психиатрический журнал. – 2014. – №1. – С. 50-56.

116. Целищев, О.В. Депрессивные идеи в структуре непсихотической депрессии у больных аффективными расстройствами и факторы риска их развития/ О.В. Целищев, О.П. Вертоградова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2011ю - вып 4ю - С. 14-20.

117. Цуцельковская, М.Я., Копейко Г.И, Олейчик И.В., Владимирова Т.В. Роль психобиологических характеристик юношеского возраста в формировании клинической картины депрессий и особенностях терапии/ М.Я. Цуцельковская, Г.И. Копейко, И.В. Олейчик и др. // Психиатрия. – 2003. - № 5.- С. 21 - 28.

118. Шостакович, Б.Ф. О сверхценных идеях (опыт анализа кверуляторных идей психопатов и больных шизофренией)/ Б.Ф. Шостакович// Клиника и лечение психических заболеваний. В кн.: Вопросы психиатрии, под ред. М.Х. Гонопольского. - вып. 1ч. - АЛМА-АТА, 1968. - С. 200-2013.

119. Этингоф, А.М. Юношеские дисморфофобические депрессии (типология, диагностика, прогноз)// Автореф. дис. . канд. мед. наук: Этингоф Анна Михайловна. - М., 2004. - 24 с.
120. Ясперс, К. Общая психопатология. Пер. с нем./ К. Ясперс. - М., Практика, 1997.- 1056 с.
121. Adli, M. Algorithms for optimizing the treatment of depression: making the right decision at the right time/ M. Adli (and oth.)// *Pharmacopsychiatry*.- 2003.- Vol. 36,Suppl 3. – P. 222–229.
122. Anandakumar, D. Depressive disorder in patients attending the outpatient department of a tertiary care hospital in Colombo /D. Anandakumar (and oth.)// *Ceylon Med J*. - 2016.- Vol.61, N3.- P. 118-122.
123. Andrews, G. Should depression be managed as a chronic disease?/ G. Andrews// *BMJ*. - 2001.- Vol. 322, N7283. -P. 419–421.
124. Ahern, E. Cognitive Functioning in the First-Episode of Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis/ E. Ahern, M. Semkowska// *Neuropsychology*. - 2017.- Vol.31, N1. - P. 52-72.
125. Attia, E.E. Olanzapine versus placebo for out-patients with anorexia nervosa / E.E. Attia (and oth.)// *Psychological Medicine*. - 2011.- Vol.41. - P. 2177–2182.
126. Bauer, M. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Acute and continuation treatment of major depressive disorder/ M. Bauer (and oth.)// *World Journal of Biological Psychiatry*. - 2002. - Vol.3, N1. - P. 5–43.
127. Baillarger, J. Recherches sur les Maladies Mentales/ J. Baillarger. - G.Masson, Edituer, Paris. -1890. - 752p.
128. Bair, M.J. Depression and pain comorbidity: a literature review/ M.J. Bair (and oth.)// *Archives of Internal Medicine*/ - 2003/ - Vol.163,N20. - P. 2433–2445.
129. Barbui, C. Economic evaluation of antidepressive agents: a systematic critique of experimental and observational studies/ C. Barbui, M. Percudani, M Hotopf// *Journal of Clinical Psychopharmacology*. - 2003. - Vol. 23, N2. P. 145–154.

130. Becker, A.E. Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-V?/ A.E. Becker, J.J. Thomas, K.M. Pike// International Journal of Eating Disorders.- 2009. -Vol. 42. - P. 620–635.

131. Benoit, M. Clinical and neurophysiological aspects of depression and apathy / M. Benoit, P. Robert // Encephale. – 2007. - №33(3). – P. 853-855.

132. Birnbaum, K.Z. Klinische Schwierigkeiten im Psychogeniegebiet. Monatschrift/ K.Z. Birnbaum// Psychiat. und Neurol. - 1917. - N29. - P. 339-373.

133. Bissada, H. Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial/ H. Bissada, G. A. Tasca, A. Barber, J. Bradwejn// American Journal of Psychiatry. - 2008. - Vol.165. - P. 1281–1288.

134. Bjornsson, A.S. Body dysmorphic disorder/ A.S. Bjornsson, E.R. Didie, K.A. Phillips// Dialogues Clin Neurosci. - 2010. - Vol.12, N2. P. 221-232.

135. Bleuler, E. Zur Unterscheidung des Endogenen und des Psychogenen bei der Schizophrenic/ E. Bleuler // Allg. Z. Psychiat. - 1926. - Vol.84. - P. 22-37.

136. Bohman, H. Somatic symptoms as a marker for severity in adolescent depression/ H. Bohman (and oth.)// Acta Pcediatrica. -2010.- Vol. 99.-P. 1724-1730

137. Bohne, A. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample/ A. Bohne (and oth.)// Psych. Res. - 2002. - Vol.109, N1. - P.101 - 104.

138. Bonin, L. Overview of treatment for adolescent depression/ L. Bonin, C.S. Moreland // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. -2006.-Vol. 45, N12. - P. 1412-1418.

139. Borda, T. Overvalued ideation in adolescents with obsessive-compulsive disorder/ T. Borda (and oth.)// Comprehensive Psychiatry. - 2017. Vol.255. P.66-71.

140. Brewin, C. The International Encyclopedia of Depression/ C. Brewin (and oth.). - Ingram R.E. (Ed). New York: Springer Publishing Company, 2009. - 640 p.

141. Buhlmann, U. Perceived ugliness: an update on treatment relevant aspects of body dysmorphic disorder/ U. Buhlmann, A. Winter// Current Psychiatry Reports. - 2011. - Vol. 13. - P. 283–288.

142. Bumke, O. Handbuch der Geisteskrankheiten/ O. Bumke. - Berlin, 1928. - 581p.

143. Cansever, A. The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: a study in a Turkish sample/ A. Cansever, O. Uzun, E. Domez, A. Ozsahin // *Compr. Psychiatry*.-2003.- Vol.44. - P.60 - 64.

144. Carney, R.M. Depression as a risk factor for mortality after acute myocardial infarction/ R.M. Carney (and oth.)// *American Journal of Cardiology*. - 2003. - Vol.92, N11. - P. 1277–1281.

145. Cassano, P. Depression and public health: an overview/ P. Cassano, M. Fava// *Journal of Psychosomatic Research*. - 2002. - Vol. 53, N4. - P. 849–857.

146. Charney, DS. Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life/ D.S. Charney (and oth.)// *Archives of General Psychiatry*.- 2003.- Vol.60, N7. - P. 664–672.

147. Cheng, S.T. Withdrawal, apathy and lack of vigor in late life depression: factorial validity and relationship to diagnosis / S.T. Cheng, A.C. Chan // *Aging. Ment. Health*. - 2007. - №11(5). - P. 532-537.

148. Cicchetti, D. Developmental psychopathology: Theory and method (Vol. 1, 2nd ed.)/ D. Cicchetti, D. Cohen. - New York: Wiley, 2006. - 1104 p.

149. Coyne, J. Improving the primary care treatment of late life depression: progress and opportunities/ J. Coyne, I.R. Katz// *Medical Care*. - 2001.- N 39(8). P.756–759.

150. Coyne, J.C. Screening for depression in adults/ J.C. Coyne, S.C. Palmer, P.A. Sullivan// *Annals of Internal Medicine*. - 2003. - N 138(9). - P.767-768.

151. Creed, F. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis / F. Creed, A. Barsky // *J. Psychosom. Res*. - 2004. - №56(4). – P. 391-408.

152. Dyl, J. Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics/ J. Dyl, J. Kittler, K.A. Phillips, J.I. Hunt// *Child Psychiatry Hum Dev*. - 2006. Vol.36.- P.369–382.

153. Eisen, J.L. Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder/ J.L. Eisen, K.A. Phillips, M.E. Coles, S.A. Radmussen// *Compr Psychiatry*.-

2004.- N45(1). - P. 10-15.

154. Feeser, M. Context insensitivity during positive and negative emotional expectancy in depression assessed with functional magnetic resonance imaging / M. Feeser (and oth.)// *Psychiatry Res.* – 2013. - №212(1). – P. 28-35.

155. Ferguson, E. Personality is of central concern to understand health: towards a theoretical model for health psychology /E. Ferguson // *Health Psychol. Rev.* - 2013. - №7. – P. 32-70.

156. Frías, A. Comorbidity between obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Prevalence, explanatory theories, and clinical characterization/ A. Frias, C. Palma, N. Farriols, L. Gonzalez // *Neuropsychiatr Dis Treat.* - 2015. - Vol.11. - P. 2233-2244.

157. Fuchs, T. The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression/ T. Fuchs// *Journal of Phenomenological Psychology.* - 2003. - N33(2). - P. 223-43.

158. Garber, J. Intergenerational transmission of depression: a launch and grow model of change across adolescence/ J. Garber, D.A. Cole // *Dev Psychopathol.* - 2010.- Vol. 22, №4. - P. 819-830.

159. Gariépy, G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries/ G. Gariépy, H. Honkaniemi, A. Quesnel-Vallée// *The British Journal of Psychiatry.* - 2016. - N 209 (4). - P. 284-293.

160. Gilbody, S. Improving the recognition and management of depression in primary care/ S. Gilbody (and oth.) // *Effective Health Care.* - 2002. -N 7(5). -P. 1–12.

161. Gilbody, S. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review/ S. Gilbody (and oth.) // *JAMA: the Journal of the American Medical Association.* - 2003. - N 289(23). - P. 3145–3151.

162. Grote, N.K. Difficult-to-treat depression: the role of contexts and comorbidities/ N.K. Grote, E. Frank// *Biological Psychiatry.*- 2003. - N 53(8). P. 660–670.

163. Hamilton, M. A rating scale for depression/ M. Hamilton //J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. -1960.-Vol. 23.-P. 56-62.
164. Hartmann, A.S. The relationship between anorexia nervosa and body dysmorphic disorder/ A.S. Hartmann, J.L. Greenberg, S. Wilhelm// Clinical Psychology Review/ - 2013. - Vol. 33. - P. 675–685.
165. Hattori, H. Clinical psychological tests useful for differentiating depressive state with Alzheimer's disease from major depression of the elderly / H. Hattori, K. Yoshiyama, R. Miura, S. Fujie // Psychogeriatrics. – 2010. - №10(1). – P. 29-33.
166. Hegerl, U, Plattner A, Möller H-J. Should combined pharmaco- and psychotherapy be offered to depressed patients? A qualitative review of randomized clinical trials from the 1990s/ U. Hegerl, A. Plattner, H-J. Möller// European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. - 2004. - Vol. 254. P. 99–107.
167. Henkel, V. Identifying depression in primary care: A comparison of different methods in a prospective cohort study/ V. Henkel (and oth.) // BMJ. - 2003. - N326(7382). P. 200–201.
168. Henkel, V. Screening for depression in primary care: Will one or two items suffice? / V. Henkel (and oth.) // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. - 2004. - Vol. 254. - P. 215–223.
169. Henningsen, P. Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders / P. Henningsen, T. Jakobsen, M. Schiltenswolf, M.G. Weiss // J. Nerv. Ment. Dis. - 2005. – Vol.193, №2. – P. 85-92.
170. 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.
171. Hrabosky, J.I. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: a multisite study / J.I. Hrabosky (and oth.) // Body Image. - 2009.- Vol. 6. -P. 155–163.
172. Ipser, J.C. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder/ J.C. Ipser, C. Sander, D.J. Stein// Cochrane Database Syst Rev. - 2009. - N21(1). - CD005332.

173. Jaspers, K. Allgemeine Psychopathologie/ K. Jaspers. — Berlin: Verlag von Julius Springer, 1913. — 338 p.

174. Keating, C. Dymorphic concern is related to delusional proneness and negative affect in a community sample/ C. Keating (and oth.) // Psychiatry Res. - 2016. - Vol.30, N240. - P. 76-79.

175. Keller, MB. Long-term treatment of recurrent and chronic depression/ M.B. Keller// Journal of Clinical Psychiatry. - 2001.- Vol. 62,Suppl 24. - P. 3–5.

176. Kennedy, S. CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for depressive disorders. Summary of recommendations relevant to family physicians. Canadian Family Physician / S. Kennedy, R.W. Lam, B.Morris// Medecin de famille canadien. - 2003.- Vol. 49. - P. 489–491.

177. Kessler, R.C. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)/ R.C. Kessler (and oth.) // JAMA: the Journal of the American Medical Association. - 2003.- N 289(23). - P. 3095–3105.

178. Kisely, S. The prevalence of depression and anxiety disorders in indigenous people of the Americas: A systematic review and meta-analysis/ S. Kisely (and oth.)// J Psychiatr Res. - 2016.- №84. P. 137-152.

179. Kozak, M. J., Foa E. B. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder/ M.J. Kozak, E.B. Foa// Behaviour Research and Therapy. - 1994. - Vol. 32(3). - P. 343-353

180. Kretschmer, E. Grundsatsliches zur modern Entwicklung der Paranoialehre/ E. Kretschmer // Nervenarzt. - 1950. -N 21 (1). - P. 1-2.

181. Levkovitz, Y. Differential effects of deep TMS of the prefrontal cortex on apathy and depression / Y. Levkovitz (and oth.) // Brain Stimul. - 2011. - №4(4). – P. 266-274.

182. Lucchelli, J.P. Body dysmorphic disorder, psychosis and insight: a report of four cases/ J.P. Lucchelli, G. Bondolfi, G. Bertschy// Psychopathology. - 2006. - N39(3). - P. 130-135.

183. Madabushi, R. Depression masquerading as chest pain in a patient with Wolff Parkinson White syndrome/ R. Madabushi (and oth.) // Korean J Pain. - 2016. - N29(4).- P. 262-265.

184. Maier, H.W. Uber katathyme Wahnbildung und Paranoia/ H.W. Maier // Zeitschrift fur die gesamte Neurologie und Psychiatrie. - 1912. - Vol. 13 (B). - P. 555-610.

185. Mancuso, S. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder/ S. Mancuso, N. Knoesen, D.J. Castle// Compr Psychiatry. - 2010. - Vol.51. - P. 177–182.

186. Mathersul, D. Investigating models of affect: relationships among EEG alpha asymmetry, depression and anxiety / D. Mathersul, L.M. Williams, P.J. Hopkinson, A.H. Kemp // J. Biol. Psychol. – 2008. – P. 560-572.

187. McAllister-Williams, RH. Analysing UK clinicians' understanding of cognitive symptoms in major depression: A survey of primary care physicians and psychiatrists/ R.H. McAllister-Williams (and oth.) // J Affect Disord. - 2016. - Vol. 207. P. 346-352.

188. McKnight, P. E. The importance of functional impairment to mental health outcomes: A case for reassessing our goals in depression treatment research / P.E. McKnight, T. B. Kashdan // Clinical Psychology Review. - 2009. - Vol. 29. - P. 243—259.

189. Micallef, J. Use of antidepressant drugs in schizophrenic patients with depression/ J. Micallef, E. Fakra, O. Blin // Encephale. – 2006. – Vol. 32, № 2. – P. 263—269.

190. Mittrach, M. The tolerability of rTMS treatment in schizophrenia with respect to cognitive function/ M. Mittrach (and oth.) // Pharmacopsychiatry. – 2010. – Vol. 43, № 3. – P. 110—117.

191. Molina, V. Association between cerebral metabolic and structural abnormalities and cognitive performance in schizophrenia/ V. Molina // Psychiatr. Res. – 2009. – Vol. 173, № 2. – P. 88—93.

192. Möller, H-J. Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders/ H-J. Möller// Acta Psychiatrica Scandinavica. - 2003. - N108(418). - P. 73–80.

193. Möller HJ. Improving the chance of recovery from the short- and long-term consequences of depression / H-J. Möller (and oth.)// International Clinical Psychopharmacology. - 2003. - N18(4). - P. 219–225.

194. Mountjoy, R.L. A phenomenological investigation of overvalued ideas and delusions in clinical and subclinical anorexia nervosa/ R.L. Mountjoy, J.F. Farhall, S.L. Rossell// Psychiatry Res. - 2014. - N220(1-2). - P. 507-12.

195. Mullen, R. A comparison of delusions and overvalued ideas/ R. Mullen, RJ Linscott// J Nerv Ment Dis. - 2010. - N198(1). - P. 35-8.

196. Nease, DE Jr. Depression screening: A practical strategy/ DE Jr Nease, JM Malouin// Journal of Family Practice. - 2003. - N52(2). P. 118–126.

197. Overholser, J.C. From Puddles to Potholes: The Role of Overvalued Beliefs in Emotional Problems/ J.C. Overholser// Journal of Contemporary Psychotherapy. - 2017. - Vol. 47. - P. 1–10

198. Oxman, T.E. The depression care manager and mental health specialist as collaborators within primary care/ T.E. Oxman, A.J. Dietrich, H.C. Schulberg// American Journal of Geriatric Psychiatry. - 2003. N11(5). P. 507– 516.

199. Parker, G. Cognitive behavior therapy for depression? Choose horses for courses/ G. Parker, K. Roy, K. Eyers// American Journal of Psychiatry. - 2003. - N160(5). P. 825–834.

200. Parker, G. Adolescent depression: a review/ G. Parker, K. Roy // Austr. N.Z. J. Psychiatry. - 2001. - Vol. 35, № 5. - P. 572 - 580.

201. Pandit, S., Wang H. Treating Schizophrenia in Continuum to Obsession Overvalued Ideas and Delusion: a Case Report/ S. Pandit, H. Wang// Biomed Lett. - 2017. - N1(1). - P. 23-26.

202. Patten, SB. Major Depression Prevalence Increases with Latitude in Canada/ SB. Patten (and oth.)// Can J Psychiatry. - 2017. - N62(1). - P. 62-66.

203. Phillipou, A, Castle D. Body dysmorphic disorder in men/ A. Phillipou, D. Castle// Aust Fam Physician. - 2015. - N44(11). P. 798-801.

204. Phillipou, A. Self-reported and behavioural impulsivity in anorexia nervosa/ A. Phillipou (and oth.)// World J Psychiatry. - 2016. - N6(3). - P. 345-350.

205. Phillips, K.A. Psychosis in body dysmorphic disorder / K.A. Phillips // J Psychiatr Res. - 2004. - N38(1). - P. 63-72.
206. Phillips, K.A.. Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach/ K.A. Phillips, E. Hollander// Body Image. - 2008. - Vol. 5. -P. 13–27.
207. Phillips, K.A. A comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessivecompulsive disorder/ K.A. Phillips(and oth.)// Journal of Psychiatric Research. - 2012. - Vol. 46. P. 1293–1299.
208. Phillips, K.A. 2010. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V/ K.A. Phillips(and oth.)// Depression and Anxiety. - 2010. - Vol. 27.-P. 573–591.
209. Phillips K.A. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: recommendations for DSM-5/ K.A. Phillips, A.S. Hart, H.B. Simpson, DJ Stein// CNS Spectr.- 2014. - N19(1). - P. 10-20.
210. Powers RH, Kniesner TJ, Croghan TW. Psychotherapy and pharmacotherapy in depression. Journal of Mental Health Policy and Economics, 2002, 5(4):153–161.
211. Rost K, et al. Managing depression as a chronic disease: a randomized trial of ongoing treatment in primary care. BMJ, 2002, 325(7370):934.
212. Ruffulo JS, Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. Int J Eat Disord. 2006;39:11–19.
213. Sack A. T. et al. Optimizing functional accuracy of TMS in cognitive studies: a comparison of methods // J. Cogn. Neurosci. – 2009. – Vol. 21, № 2. – P. 207—221.
214. Santín JM , Gálvez FM. Overvalued ideas: psychopathologic issues. Actas Espanolas de Psiquiatria, 2011, 39(1):70-74
215. Serby, M. Overview: depression in the elderly / M. Serby, M. Yu // Mt. Sinai. J. Med. - 2003. - №70(1). – P. 38-44.
216. Simon G. Evidence review: efficacy and effectiveness of antidepressant treatment in primary care. General Hospital Psychiatry, 2002, 24(4):213–224.

217. Smith D.J., Blackwood D.H.R. Depression in young adults // *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004.-Vol. 10.-P. 4-12.

218. Swenson JR, et al. Influence of depression and effect of treatment with sertraline on quality of life after hospitalization for acute coronary syndrome. *American Journal of Cardiology*, 2003, 92(11):1271–1276.

219. Thomas C, Morris S. Cost of depression among adults in England in 2000. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 183:514–519.

220. Thompson CM, Durrani AJ. An increasing need for early detection of body dysmorphic disorder by all specialties. *J R Soc Med*. 2007;100:61–62.

221. Toh W.L, Castle D.J, Mountjoy R.L, Buchanan B, Farhall J, Rossell S.L. Insight in body dysmorphic disorder (BDD) relative to obsessive-compulsive disorder (OCD) and psychotic disorders: Revisiting this issue in light of DSM-5. *Compr Psychiatry*. 2017;77:100-108.

222. Toh WL, Castle DJ, Rossell SL. How individuals with body dysmorphic disorder (BDD) process their own face: a quantitative and qualitative investigation based on an eye-tracking paradigm. *Cogn Neuropsychiatry*. 2017;22(3):213-232.

223. Unutzer J, et al. Care for depression in HMO patients aged 65 and older. *Journal of the American Geriatric Society*, 2002, 48(8):871–878.

224. Veale, D. Over-valued ideas: A conceptual analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 2002. 40(4), 383-400.

225. Wernicke C. Uber fixe Ideen // *Dtsch. Med. Wschr.* - 1892, 25. - S. 581.

226. Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Human Psychopharmacology*, 2002, 17(Suppl 1):S1–11.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Наблюдение № I (аффект-аффилированный вариант развития сверхценных образований).

Больная **Ф-ва Д.К., 1993 г.р.**

Поступила в клинику ФГБНУ НЦПЗ 10.12.2015 г.; выписана 29.01.2016 г.

Анамнез: (со слов больного, матери больного и данных медицинской документации).

Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Линия матери:

Бабка - 69 лет. В настоящее время на пенсии. Имеет среднее специальное образование, работала бухгалтером. По характеру неконфликтная, тревожная, трудолюбивая, терпеливая.

Дед - 68 лет. В настоящее время на пенсии. Имеет среднее специальное образование - сварщик. Работал на заводе по специальности. По характеру добродушный, жизнерадостный. Отличается общительностью, легко находит общий язык с малознакомыми людьми. После сорока лет эпизодически выпивает крепкие спиртные напитки по несколько дней подряд. В состоянии алкогольного опьянения становится раздражительным, вспыльчивым. После выхода на пенсию стали заметны черты тревожности, неуверенности в себе, сензитивности.

Мать - 45 лет. Получила высшее экономическое образование. Общительная, активная, в семье на вторых ролях, свойственны перепады в настроении. В воспитании дочери проявляла строгость; конфликты часто решала, повышая голос «в воспитательных целях». Отмечается склонность к тревожным реакциям, эмоциональная, способна легко заплакать.

Линия отца:

Бабка - 66 лет. Имеет среднее образование. По характеру неконфликтная, коммуникабельная, трудолюбивая, в эмоциональном плане - «холодная». Сдержанна в своих переживаниях, не склонна делиться своими проблемами, вместе с тем заботливая в отношении членов своей семьи.

Дед - умер в возрасте 65 лет от сердечнососудистой патологии. Имел среднее образование. По характеру был властный добрый, веселый. Отличался заботливостью в отношении членов семьи с готовностью оказать помощь.

Отец - погиб в возрасте 29 лет в результате автомобильной аварии. Имел среднее специальное образование, работал шофером. По характеру был открытым, добрым. Стремится добиваться высоких показателей в любом деле, за которое брался, предъявлял повышенные требования к себе и близким. Эпизодически употреблял алкоголь, в состоянии алкогольного опьянения был раздражителен, вспыльчив, плохо контролировал свое поведение, в конфликтных ситуациях обычно выступал как провоцирующая сторона.

Больная родилась от первой беременности в возрасте матери 22 лет. Беременность протекала с угрозой прерывания, выраженным токсикозом. Родоразрешение физиологическое, без осложнений, раньше срока на две недели. В родах без патологии. Вскармливалась грудным молоком до 4 мес.. В младенчестве была спокойной, не требовала к себе повышенного внимания, слабо реагировала на мокрые пеленки. Раннее психофизическое развитие соответствовало возрастным нормам. Моторные навыки сформировались в срок. В детстве росла болезненным ребенком. С возраста одного года до 7 лет страдала атопическим дерматитом. С трёх до 8 лет наблюдалась с пиелонефритом, неоднократно лечилась в больнице. Помнит себя фрагментарно с 4 лет, первые воспоминания связаны с ярким впечатлением от циркового представления. ДДУ посещала с 3,5 лет, находиться в окружении детей нравилось, просила забирать её позже. Была общительным, энергичным ребенком, любила быть в центре внимания. Легко находила общий язык со сверстниками, в общении с взрослыми отличалась застенчивостью и внушаемостью. В компании сверстников во дворе была заводилой, легко могла повести других детей за собой, при этом часто вступала в драку. Детских страхов, сноговорения, снохождения не отмечалось.

В школу пошла с семи лет, подготовленная. В классном коллективе адаптировалась легко, завела нескольких подруг, хотя дружбой не дорожила. Шла на контакт лишь с теми, кто сам проявлял к ней заинтересованность. К учебе интереса не испытывала, уже с начальных классов получала лишь удовлетворительные отметки. Однако из-за низких баллов не расстраивалась, хотя и тревожилась из-за возможных наказаний со стороны родителей. Часто шла на занятия неподготовленная, не испытывая при этом волнения. В свободное от учебы время занималась рисованием, просмотром телевизора. В возрасте семи лет пережила смерть отца. Сама пациентка сообщает, что этот период в памяти сохранился слабо, помнит события фрагментарно. Со слов матери утрату перенесла достаточно легко. После известия преобладал сниженный фон настроения, плаксивость, но долго на событии не фиксировалось. В течение недели состояние нормализовалось.

В 8 лет (2ой класс) мать больной повторно вышла замуж. После знакомства с отчимом относилась к нему хорошо, но вскоре после начала совместной жизни отношения стали постепенно ухудшаться. Отказывалась выполнять его поручения, спорила, отстаивала свою точку зрения. По просьбе матери извинялась перед ним, хотя виноватой себя не считала. Чувствовала себя дома лишней, боялась, что родители перевезут её к бабушке, так как при любой провинности угрожали этим. В семье близких отношений ни с кем не имела, чувствовала себя одинокой. С матерью практически не общалась, не рассказывала о своих трудностях в учебе, о взаимоотношениях с друзьями, считала, что матери «все равно». В возрасте больной 10 лет в семье появилась младшая сестра. Стала ревновать мать, тяготилась чувством ненужности, недостатком внимания со стороны родственников. Тогда настроение было нерезко сниженным,

испытала чувство тоски и одиночества. Постепенно фон настроения самостоятельно нормализовался.

Во втором классе в связи с переездом сменила школу. Настроение оставалось ровным. Успеваемость сохранилась на прежнем невысоком уровне; быстро появились новые знакомства. В дальнейшем дважды меняла школу, быстро адаптировалась в новых коллективах, успеваемость не менялась, оставалась удовлетворительной, по старым друзьям не скучала.

Менструации с 13-ти летнего возраста, установились сразу, регулярные. Сопровождались колебаниями настроения: за 2 дня становилась раздражительной, капризной, нетерпимой. С этого времени отмечались изменения по характеру: настроение оставалось ровным, однако была более конфликтной, оппозиционно настроенной к родным, преподавателям, была не сдержанной. Отстаивала свою позицию в спорах, была негативистична, спорила до тех пор, пока мать не принимала ее точку зрения. В своих требованиях была настойчива, нередко инициировала скандалы, чтобы добиться желаемого. В школе легко шла на конфликт, могла прибегать к физической агрессии, если возникала ссора. Другие дети, по ее мнению, пытались спровоцировать драку, акцентируя внимание на ее «недостатке - оттопыренных ушах». Неоднократно обсуждала эту проблему с матерью, поскольку знала, что мать также в детстве страдала от лопухости. Несколько тяготилась строением своих ушных раковин. Так после очередной подобной провокации со стороны одноклассницы, вступила с ней в драку, в ходе которой сломала той нос. Считала, что другие дети зачастую сами начинали конфликты, намеренно толкали, устраивали бойкоты, объединялись против неё. Не понимала, почему её подруги переставали с ней общаться, считала, что дело в зависти, легко переносила разрывы, не стремилась помириться. Примерно в это же время впервые попробовала алкоголь, марихуану. Со временем идея о неправильном строении ушных раковин самостоятельно дезактуализировалась.

В 14 лет начала встречаться с молодым человеком 23-х лет, своим преподавателем танцев, с которым проводила много времени, имела с ним интимную близость, которую сама инициировала вопреки сомнениям юноши. Часто прогуливала школу, опаздывала на уроки, оставалась у своего молодого человека. В его компании чувствовала себя нужной, любимой. Легко переносила критику со стороны матери, не считала ее мнение авторитетным. Через год отношений заметила, что молодой человек стал чрезмерно ревнивым, запрещал ношение определенной одежды, общение с друзьями. Вскоре, заподозрив его в измене, выступила инициатором расставания. После разрыва отношений фон настроения не снижался, практически сразу (15 лет, 9 класс) стала встречаться с другим юношей, лучшим другом бывшего молодого человека. В этот период стала обучаться на курсах дизайнеров, к десятому классу получила сертификат по графике, и, будучи в 10-ом классе, подрабатывала дизайном рекламы, календарей, видеороликов. С работой справлялась легко, радовалась тому, что может самостоятельно зарабатывать деньги. По-

прежнему часто пропускала учебу в школе. С трудом усваивала материал, не тяготилась этим. В школьном коллективе демонстрировала «свою индивидуальность» - выкрасила волосы в фиолетовый цвет, предпочитала облегающую одежду, туфли на высоком каблуке. С матерью поддерживала формальные отношения, с отчимом в период с 16 до 19 лет по его инициативе полностью не общалась. По-прежнему состояла в отношениях с молодым человеком. Юноша нигде не работал, все свое время проводил за компьютерными играми. На фоне этого стали возникать конфликты, ссоры, где молодой человек проявлял вербальную и физическую агрессию. Однако пациентка отношения не прекращала, надеялась, что все изменится к лучшему. Несмотря на то, что периодически подвергалась избиениям, настроение в тот период оставалось ближе к ровному. Спустя в общей сложности 2 года по собственной инициативе прекратила отношения, вопреки уговором со стороны юноши. Была рада разрыву, почувствовала облегчение. В дальнейшем легко прерывала отношения, легко начинала новые, сильно ни к кому не привязывалась.

В течение 11 класса посещала репетиторов по школьным предметам, так как понимала, что самостоятельно не сможет сдать ЕГЭ. По договоренности между родителями и администрацией школы, получила аттестат с отметками «хорошо» и «отлично». После окончания школы изменилась по характеру: стала более сдержанной, вновь установились доверительные отношения с матерью, перестала красить волосы и носить вызывающую одежду. Поступила в педагогический университет на факультет физики и математики, выбор ВУЗа и специальности определен матерью. В университете учиться не смогла, часто опаздывала, не посещала занятия. Во время прогулов встречалась с друзьями, сокурсниками. После первой сессии была отчислена, не тяготилась этим. Время проводила с друзьями, практически не выполняла никаких обязанностей по дому. Игнорировала упрёки матери и отчима, не хотела устраиваться на работу, проживать отдельно, просила у матери дорогие подарки. В этот период отмечались не выраженные колебания настроения с преобладанием эутичного. В компании приятелей, где проводила большую часть времени, встретила молодого человека, в которого «влюбилась с первого взгляда», быстро завязались романтические отношения (19 лет). Зная, что у юноши есть проблемы с деньгами, устроилась на работу в банк, давала ему деньги. Переехала на съемную квартиру, стали проживать вместе с избранником. В тот период чувствовала себя счастливой, была рада переезду от родителей и совместному проживанию с молодым человеком. Вскоре была вынуждена уволиться из банка, так как из декретного отпуска вернулась сотрудница, чью ставку временно занимала больная. После увольнения устроилась дизайнером, занималась рекламой. Испытывала состояние внутренней удовлетворенности, удовольствия, что занимается любимым делом. С работой справлялась. При встречах с матерью выглядела спокойной, говорила, что довольна своей

семейной жизнью. Помирилась с отчимом, стала приезжать с молодым человеком к матери в гости.

После года отношений (2013 год), молодой человек стал практически ежедневно употреблять алкоголь, курить марихуану. Тяготилась увлечениями юноши, на фоне которых часто происходили ссоры. В состоянии алкогольного опьянения юноша часто бывал агрессивным, избивал больную. После - ничего не помнил, извинялся. Отмечались колебания настроения с преобладанием сниженного, испытывала тревогу за молодого человека, за совместное будущее, была плаксива. Несмотря на неровное состояние в тот период, решила продолжить учебу в институте, о чем сообщила матери. Родители поддержали решение, и отчим предложил оплатить обучение. Поступила на 1 курс в Британскую высшую школу дизайна, на факультет графического дизайна. Настроение выровнялось. В группе адаптировалась быстро, со всеми завязались теплые отношения. При этом вела праздный образ жизни: в компании приятелей практически ежедневно употребляла алкоголь, курила марихуану. Стала с трудом справляться со своими обязанностями по работе. В институте часто пропускала занятия, приходила неподготовленной. Постепенно фон настроения стал снижаться с преобладанием тревоги за будущее, переживала, что не сможет сдать сессию. В ноябре 2013 года (20 лет) на фоне нагрузок на работе, когда была вынуждена подолгу задерживаться на рабочем месте, выполнять ответственные поручения начальства, испытала внутреннее напряжение, тревогу, резко снизился аппетит (в течение нескольких дней не принимала пищу, отсутствовало чувство голода). На этом фоне отмечалось состояние, при котором в условиях покоя возник страх, чувство нехватки воздуха, спазм желудка с последующей рвотой, кожный зуд. Была госпитализирована бригадой скорой помощи в стационар общего профиля, но в больнице находилась недолго, после обследования был диагностирован хронический гастрит, рекомендовано «правильное питание». Осознавала, что имеющиеся проблемы с желудочно-кишечным трактом являются результатом нестабильного психического состояния. В последующем отмечала дальнейшее снижение настроения, часто звонила матери в слезах, кричала, что не может совмещать учебу и работу, ничего не успевает. Хочет, но не может отчислиться из института, так как боится испортить отношения с отчимом. Не сдала зимнюю сессию. Была вынуждена уволиться с работы. В феврале позвонила матери, была расстроена, сообщила, что у нее нет денег. Мать стала помогать по хозяйству, нашла другое более дешевое съемное жилье. С учебой справлялась с трудом. Настроение оставалось сниженным. Тяготилась отсутствием работы, неустроенностью личной жизни, пагубными привычками молодого человека. Отсутствовали четкие цели в жизни, уверенность в будущем; отмечала общее недовольство собой, отсутствие радости от жизни. Продолжала проживать с молодым человеком, в его компании стала ежедневно курить коноплю и выпивать по 1-2 бутылки пива в день. Употребление алкоголя и конопли несколько улучшали настроение, частично редуцировали чувство тоски. По совету

подруги стала пытаться сделать карьеру модели в качестве источника дохода, не требующего большой нагрузки. После трудоустройства получала удовольствие от работы, нравилось быть в центре внимания, получать комплименты, однако настроение оставалось сниженным. В тот период подруга больной обратила ее внимание на горбинку носа, предложила сделать пластическую операцию. Стала раздумывать об этом, вспоминать прежние комментарии разных людей на этот счет, неприятные моменты, связанные с носом неправильной формы. Была фиксирована на этом, пересматривала все свои фотографии, включая детские, обращая внимание на вид и форму носа.

В январе 2014 г. (20 лет) была отчислена из учебного заведения за неуспеваемость. По собственной инициативе рассталась с молодым человеком. Переживала разрыв отношений, тяготилась одиночеством. Отмечалось дальнейшее снижение настроения с доминированием тяжёлого, гнетущего чувства тоски, подавленности, сопровождаемого тяжестью за грудиной. Была фиксирована на том, что имеет неправильные черты лица. Отмечала безразличие, безучастность, несколько отрешённое отношение к происходящему вокруг, при этом особо переживала, что из-за изъяна во внешности не сможет состояться как модель. Время проводила на съемной квартире преимущественно в одиночестве (весна 2014 года). Систематически употребляла спиртные напитки, марихуану, что незначительно улучшало настроение, частично дезактуализировались мысли об имеющемся изъяне. По мере снижения настроения тягостное переживание наличия возможного «дефекта» становилось интенсивнее и сопровождалось появлением постоянной сосредоточенности на своей физической неполноценности. Считала, что этим отличается от остальных людей. Во время фотосъемок стремилась скрыть изъян, поворачивалась к фотокамере таким образом, чтобы добиться наиболее выгодного для себя ракурса, чтобы как можно в меньшей степени была видна горбинка носа. Считала, что остальные модели смотрят на нее с презрением, думают о ней негативно, считают, что ей необходимо исправить форму носа. Анализировала свои «недостатки», изучала информацию о возможном оперативном вмешательстве. Не хотела устраиваться на работу, аргументировала это тем, что имеет «кривой» нос, из-за которого проваливала собеседования, плакала по этому поводу, настаивала на проведении пластической операции, просила мать профинансировать операцию. Более ничем не занималась, время проводила в квартире, была плаксива, критиковала свою внешность.

Осознавая болезненность своего состояния, обратилась за помощью к частному психиатру (июль 2014 года, 21 год). Принимала duloxetine 60 мг, quetiapine 12,5 мг. На данной терапии испытывала тошноту, отмечалась гиперсаливация, выраженная седация, что вызывало значительный дискомфорт, из-за чего препараты принимала не регулярно. Состояние оставалось без динамики. Считала, что лекарства не способны оказать ей помощь, и необходим психолог для решения личностных проблем, однако к нему не обращалась.

В октябре 2014 обследовалась у гинеколога, по поводу отсутствия менструаций, была диагностирована беременность. Переживала, плакала, испугалась будущего - решила делать аборт. Беременность оказалась замершей, была рада этому событию, чувствовала облегчение, настроение не стойко улучшилось. После выписки из отделения гинекологии рекомендации не соблюдала, лекарств не принимала. Особого значения ситуации с замершей беременностью не придавала. В тоже время рассталась с очередным молодым человеком по обоюдному согласию. В последующем была расстроена разрывом отношений, тяготилась одиночеством. Настроение резко снизилось, стала плаксива, ничего не хотела делать, могла весь день провести в постели, не было ни сил, ни желания чем-либо заниматься. Хотела «исчезнуть», «заснуть и не проснуться», чувствовала себя лишней. Анализировала свою внешность, считала, что оттопыренные уши, узкие губы, кривой нос – причина её несчастий. Вновь актуализировались идеи физической неполноценности, ущербности. На улице замечала негативные взгляды окружающих. Нарушился сон, засыпала под утро, просыпалась днём. Безрезультатно пыталась нивелировать свое состояние ежедневным приемом алкоголя (в течение месяца). Несмотря на свое состояние, в последующие три месяца после расставания имела отношения с тремя молодыми людьми, легко прерывала отношения.

В феврале 2015г. вступила в отношения с очередным юношей. На фоне развития их романа настроение выровнялось, редуцировалось чувство тоски, в течение месяца стала вновь веселой, общительной, какой была ранее. Отмечала дезактуализацию идей о физическом изъяне, спокойно участвовала в фотосессиях. Несмотря на достаточно стабильное состояние, возобновила ежедневное употребление марихуаны. В июле 2015 года стала проживать с юношей, переехала к нему.

С сентября 2015 г. работала дизайнером в частной фирме. С работой справлялась, но была недовольна монотонностью предлагаемой профессиональной нагрузки, недостатком общения. Считала работу напряженной, не нравился свой кабинет, отсутствие окон, чувствовала себя одинокой. Постепенно перестала справляться со своими обязанностями, считала, что приходилось выполнять работу других сотрудников. Рабочий день по собственному желанию начинала с 11, заканчивала в 21, 22 часа. При этом чувствовала ответственность, боялась не справиться с заданиями, подвести начальство, тревожилась по этому поводу. Прослеживалась тенденция к постепенному дальнейшему снижению настроения, жаловалась матери на возникающие на работе приступы нехватки воздуха, трудность вдоха, боли в животе, дрожь по всему телу, сниженный аппетит (за 2 месяца похудела на 5 кг).

С конца ноября (2015 г.) перестала ходить на работу, жаловалась на вялость, слабость, плаксивость, плохое настроение. Сон был нарушен по типу трудностей засыпания. Ничем дома не занималась, просила подругу помогать по хозяйству. Часто ссорилась с молодым человеком, по его инициативе рассталась с ним, вернулась жить к родителям. Дома настроение оставалось

сниженным, с преобладанием тоски, которую ощущала, как тяжесть, давление за грудиной; легко могла заплакать по незначительным поводам. Обвиняла окружающих в своем состоянии, в темных тонах оценивала свое прошлое и будущее. При этом постоянно была сосредоточена на изъянах своей внешности. Высказывала идеи, что её нос, уши, губы мешают осуществлению модельной карьеры. Решила для себя, что не сможет быть счастливой, пока не исправит свою внешность. Вновь просила у матери деньги на операции. На отказ бурно реагировала слезами, обидой. По собственной инициативе в декабре 2015 г. обратилась в ФГБНУ НЦПЗ на консультацию, была проконсультирована и рекомендована госпитализация.

Психическое состояние при поступлении.

В кабинет входит спокойной, уверенной походкой. Выглядит младше своего возраста, грацильна. Волосы окрашены в белый цвет, одета в джинсы и свитер по молодежной моде. Косметикой, украшениями не пользуется. Во время беседы активно жестикулирует, мимика живая. Поддерживает зрительный контакт. На глазах слёзы. Речь быстрая, торопливая, несколько сбивчивая. опережая расспросы, стремится подробно рассказать о своём состоянии, просит помощи. Ответы в плане заданного, не всегда по существу.

Предъявляет жалобы на сниженное настроение с преобладанием вялости, слабости, тревоги за будущее, нежеланием ничем заниматься. В течение дня эпизодически испытывает состояния, во время которых с трудом может вдохнуть, ощущает сердцебиение, давление в области груди. Отмечает изъяны в своей внешности: кривой нос с горбинкой, оттопыренные уши, узкие губы. Замечает на себе презрительные взгляды окружающих, которые так же отмечают эти дефекты. Считает, что пластическая операция поможет избавиться от подавленного состояния, в котором она находится. Сон нарушен по типу трудностей засыпания. Аппетит снижен, похудела за 2 месяца на 5 кг. Критика формальная, суицидальные мысли отрицает.

Динамика состояния: В отделении первое время ни с кем не общалась, проводила время в одноместной палате, редко выходила на прогулки. Неохотно делилась своими переживаниями, деталями анамнеза, контакт с врачом был формальным. На фоне приема назначенной терапии (olanzapini 2.5 мг н/н, fluvoxamini 50мг/вечер) отмечалась нормализация ночного сна, сон, уменьшилась интенсивность тревоги. В течение последующих 14 дней общий фон настроения продолжал оставаться сниженным, сохранялось безразличие к окружающему, плаксивость, нежелание чем-либо заниматься, тяготилась имеющимися изъянами во внешности. Проведенное обследование исключило наличие грубой соматической и органической патологии (консультация терапевта: патологии не выявлено; консультация невролога: патологии не выявлено). В дальнейшем, несмотря на увеличение доз препаратов (olanzapini до 10 мг н/н, fluvoxamini до 200

мг/сут), состояние оставалось прежним – продолжала жаловаться на отсутствие интереса к окружающему, нежелание чем-либо заниматься, интенсивность идей о физическом изъяне сохранялась на прежнем уровне; отмечались лишь незначительные улучшения в виде повышения активности носили кратковременный (до нескольких часов) характер. Вина себя за то, что не может самостоятельно справиться со своим состоянием, не верила в возможность выздоровления, считала, что лишь оперативное вмешательство с исправлением горбинки носа может решить все ее проблемы. Применение duloxetine до 90 мг/сут приводило к тошноте с последующей рвотой, возобновлению периодов тревоги. Спустя 1,5 месяца, прошедших с начала госпитализации, на фоне приема venlafaxini, olanzapini, haloperidoli (в каплях) фон настроения заметно улучшился, постепенно вернулся интерес к окружающему, стала активнее, отмечала значительное снижение интенсивности идей о физическом изъяне. Чувствовала себя одинаково хорошо на протяжении всего дня. Частично вернулась уверенность в себе, начала строить планы на будущее. Однако в незначительной степени сохранялось отсутствие стремления к какой-либо деятельности, по объективным данным, полученным от матери, уровень активности не достигал доболезненного. Была выписана из стационара раньше срока по собственной инициативе, аргументировала это необходимостью продолжения учебы в ВУЗе, где восстановилась. Была выписана с рекомендациями приема поддерживающей терапии: venlafaxini 225 мг утром, olanzapini 5 мг н/н, haloperidoli 15 капель в сутки.

Катамнез: после выписки состояние оставалось достаточно стабильным с некоторым снижением инициативности и волевой активности. Фон настроения был нерезко сниженным, однако сохранялась присущая больной жизнерадостность, оптимизм. Идеи о собственной неполноценности сохранялись в виде неярко выраженных мыслей о необходимости операционного вмешательства. Проживала с родителями, посещала занятия в ВУЗе на вечерней форме обучения. Практически ежедневно ходила на свидания, с разными молодыми людьми.

Поддерживающую терапию принимала регулярно, однако отмечала нарастающий тремор пальцев рук, в связи с чем обратилась на консультацию к лечащему врачу. Проявления нейролептического синдрома были скорректированы назначением biperideni 4 мг. В последующем стала тяготиться побочным действием терапии в виде повышенного аппетита, значительной прибавкой в весе (за 3 недели поправилась на 7 кг). В связи с чем препарат olanzapine был отменен. Фон настроения несколько снизился с преобладанием тревоги за свою внешность. Стала придерживаться диеты с сокращением количества приемов пищи до 1 раза в сутки. Получала venlafaxini 225 мг утром, haloperidoli 1,5 мг 3 раза в день. На данной терапии отмечала преобладание нерезко сниженного настроения с сонливостью, слабостью в течение всего дня. С трудом посещала занятия в вузе, снизилась работоспособность. Большую часть времени

проводила в постели, сузился круг общения. Прослеживалась тенденция к усилению идеи физической неполноценности, ущербности, в связи с чем вновь была проведена коррекция схемы терапии: haloperidoli был заменен на flupentixoli. На этом фоне отмечалось улучшение настроения, стала активнее, начала с интересом посещать учебные занятия. Чувствовала себя одинаково хорошо на протяжении всего дня. Отмечалось постепенное снижение интенсивности идей о физическом изъяне до полной редукции. Дезактуализировались идеи о необходимости проведения пластической операции. Состоялась в качестве фотомодели.

Вопреки рекомендациям врача спустя 3 месяца постепенно прекратила прием поддерживающей медикаментозной терапии, состояние оставалось прежним. Фон настроения оставался ровным, сохранялась присущая больной жизнерадостность, оптимизм, уровень активности также был достаточно высоким. Продолжала учебу в институте, которую совмещала с работой моделью. Проживала с молодым человеком, систематически употребляла алкогольные напитки, курила марихуану (примерно 1 раз в неделю). Стала замечать, что легко переносит неприятные для себя события, продолжительность и глубина переживаний соответствуют содержанию проблемы. Считает, что «выздоровела от депрессии». Поддерживающую терапию по-прежнему не принимает.

Анализ наблюдения:

Состояние на момент выписки можно определить как незначительное терапевтическое улучшение в виде нестабильного аффективного фона с доминированием субдепрессии с преобладанием апато-адинамических расстройств со сверхценными образованиями дисморфоманического содержания, в структуре которого обращало на себя внимание аффективная насыщенность суждений, приобретающих в сознании больной не соответствующий их истинному значению характер, а также когнитивными нарушениями по типу трудностей сосредоточения и усвоения материала, недостатка концентрации внимания.

Состояние, приведшее к госпитализации, можно было квалифицировать как затяжную эндогенную депрессию с преобладанием тревожного радикала аффекта с раздражительностью, плаксивостью, нарушениями сна, потерей в весе; в совокупности со сверхценными образованиями дисморфоманического содержания, к особенностям которых относилась продуктивная разработка идеи о необходимости проведения пластической операции, а также сензетивные идеи малоценности и несостоятельности с выраженными соматовегетативными и органоневротическими проявлениями, усиливающимися на высоте тревоги и проявляющимися в виде синдрома раздраженного кишечника, нейрогенного мочевого пузыря. Длительность состояния 2 месяца.

Данное состояние развилось в условиях повышенных нагрузок на работе и учебе, у личности эмоционально-неустойчивого круга с истерическим радикалом – потребность в восхищении, стремление оказаться в центре внимания, демонстративность, склонность к «перфекционистской презентации» (P.L. Hewitt, G.L. Flett, 1989), проявляющиеся в поведении больной.

С началом подросткового периода прослеживались утрированные проявления пубертатного криза в виде оппозиционного поведения, конфликтности по отношению к родителям, аффективной неустойчивости, гебоидных проявлений в виде употребления алкоголя, марихуаны. Имевшие место в 13-ти летнем возрасте и самостоятельно редуцировавшиеся дисморфофобические идеи, можно расценивать как свойственное пубертатному кризу недовольство своей внешностью. С 15-16 лет отмечалось учащение психопатических реакций в форме импульсивных гетероагрессивных поступков, нарушений влечений с нарастанием учебной дезадаптации. Личностные особенности можно отнести к кругу истеро-возбудимых.

Настоящее состояние повторное в динамике заболевания. Впервые клинически очерченное депрессивное состояние развилось в возрасте 20 лет на фоне повышенных нагрузок на работе. Депрессивный аффект проявлялся преимущественно соматизированной тревогой с симптомокомплексом алгических и истероконверсионных расстройств (боль в желудке, кожный зуд).

Начало формирований сверхценных построений дисморфофобического содержания в форме утраты способности к адекватной оценке своей внешности и становления охранительного поведения относится к возрасту 20-21 года. Границы перехода обычной субъективности суждений в сверхценные образования во времени совпали с усилением тревожного радикала аффекта и в дальнейшем коррелировали с его интенсивностью. В процессе стабилизации состояния и нормализации аффективного фона отмечалась достаточно равномерная динамика с гармоничным уменьшением интенсивности сверхценных образований. *Таким образом, данные сверхценные расстройства можно отнести к группе с аффект-аффилированным механизмом развития.*

По миновании депрессивного состояния не отмечалось изменений в эмоциональной и волевой сферах, сохранялись прежние личностные черты. На основании изложенного можно считать обоснованным диагноз: рекуррентное депрессивное расстройство, эндогенная депрессия со сверхценными образованиями дисморфоманического содержания (с аффект-аффилированным механизмом развития).

Наблюдение № I I (аффект-ассоциированный вариант развития сверхценных образований).

Больная **К-ва И.С.**, 1991 г.р..

Поступила в клинику ФГБНУ НЦПЗ 18.01.2016 г.; выписана 26.02.2016 г.

Анамнез: (со слов больной, отца больной и данных медицинской документации).
Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Линия матери.

Бабка - умерла в 70 лет от сердечной недостаточности. Имела высшее педагогическое образование, делала успешную карьеру по комсомольской, партийной линии, затем в органах исполнительной власти. По характеру была общительная, ответственная, целеустремленная, дипломатичная, была по-житейски мудрая, легко находила подход к любым людям. В браке страдала от тяжелого характера супруга, но не бросала его из-за чувства ответственности, лишь изредка позволяла себе месяц пожить у детей, чтобы отдохнуть.

Дед - умер в 70 лет от рака легкого. Имел высшее техническое образование в области угольной промышленности, карьеру делал в области науки, став руководителем отдела, был известным и уважаемым человеком в сфере своей деятельности. По характеру был прямолинейным, жестким, ригидным во взглядах, навязывал свое мнение окружающим, считал всегда себя правым, при этом мог обидеть, ранить человека, недоумевая сам, почему с ним не соглашались. Переживал по поводу конфликтов, анализировал их. Страдал бессонницей большую часть жизни, «лечил» ее алкоголем. Выпивал на протяжении долгих лет ежедневно, что не сказывалось на социальной активности. Во время бессонных ночей разговаривал сам с собой, спорил, убеждал себя в чем-то. Выкуривал в день несколько пачек сигарет.

Мать - 54 года, имеет два высших образования – естественно-научное, химическое, и юридическое, в настоящее время работает юристом. По характеру общительная в узком кругу друзей молодости, жесткая, принципиальная, но в нужных ситуациях может смягчиться, разрешить конфликт. В семье на равных с мужем ролях.

Линия отца.

Бабка - 77 лет, на пенсии. Страдает артериальной гипертензией. Имеет средне-техническое образование, работала бухгалтером. По характеру мягкая, покладистая, доверчивая, ведомая, при этом общительная, жизнерадостная.

Дед - умер в 33 года от инсульта. Страдал злокачественной формой артериальной гипертензии. Имел образование 8 классов, работал рабочим на алмазно-добывающей промышленности в Якутии. По характеру был мягкий, неконфликтный, ведомый еще более, чем супруга. В семье был на вторых ролях.

Отец - 52 года, имеет два высших образования – естественно-научное и юридическое, в настоящее время работает адвокатом, карьера складывается успешно, известен в узких кругах. По характеру общительный, умеет расположить к себе собеседника, внимательный, дипломатичный,

обладает красивой богатой речью, легко выступает на публике. В то же время не любит делиться своими переживаниями, предпочитает держать их в себе, лишь изредка «спускает пар», когда может эмоционально высказаться, повысить голос. На протяжении жизни обладает повышенной выносливостью, высокой мыслительной продуктивностью, спит по 5 ч в сутки, сохраняя при этом высокую активность на протяжении всего дня. Несколько раз в год путешествует вместе с женой, совершая до 15 авиаперелетов за 2-3 недели. Последние годы серьезно увлекся дайвингом, получил сертификат международного уровня. С детства до 20 лет испытывал страх воды. Во время беседы склонен не отвечать на вопросы, а рассуждать на их темы, не всегда отвечает в плане заданного.

Старшая сестра, 30 лет, имеет высшее экономическое образование, много работает, не замужем. По характеру похожа на отца.

Больная родилась в Алтайском крае, г. Бийске, от нормально протекающей беременности и родов, в возрасте матери 30 лет. Закричала сразу, вес при рождении 3 кг, рост 50 см. До года вскармливалась грудным молоком. С раннего возраста отмечался невысокий аппетит. На первом году жизни была спокойной, не плаксивой, могла быть долго предоставлена сама себе, не всегда реагировала на раздражители в виде голода, мокрых пеленок. В развитии опережала сверстников, как в интеллектуальном, так и физическом плане. Ходить начала до года, говорить в 1 год и 3 мес. До 3х лет перенесла краснуху, ветряную оспу без осложнений. ОРВИ болела редко. С детских лет страдала поливалентной аллергией, в раннем детстве перенесла отек Квинке на пенициллин. Детское дошкольное учреждение посещала с 3-х лет. По характеру была общительной, жизнерадостной, впечатлительной, ранимой. Росла упрямым ребенком, имела повышенное чувство справедливости, легко вступала в конфликты в борьбе за правду, отстаивала свое мнение. Легко находила общий язык со сверстниками, была доброй, любила играть на свежем воздухе, выступала инициатором игр. К лидерству не стремилась, в центре внимания находиться стеснялась. В четыре года уже умела читать. Читала себе сама, много, «глотала» книги, одной из любимых были книги о мумми-тролях Т. Янсон. В голове часто проигрывала прочитанные сюжеты, но сама не фантазировала. Из детских игр предпочитала конструкторы Лего и головоломки, на втором месте были куклы. С 3 до 5 лет испытывала страх темноты, всегда засыпала с приоткрытой дверью в светлый коридор. Боялась монстров из виденных мультфильмов. Также боялась высоты, но только на открытых пространствах, это сохраняется по настоящее время. В 4 года дед научил играть в шахматы, понравилось, проявила определенные способности, в дальнейшем до 12 лет посещала шахматную секцию, получила 2 разряд. С сестрой, старше ее на 6 лет, отношения были теплыми, дружескими. В школу пошла с 7 лет, адаптировалась быстро. В классе сложилась теплая атмосфера, дружила со многими ребятами,

однако близких друзей не завела. Общалась в прежней дворовой компании. Также в начальных классах увлекалась танцами, плаванием. В школе училась хорошо по всем предметам. Учеба давалась легко, все быстро схватывала, усваивала без усилий и заучивания. Особые успехи отмечались в изучении точных наук. В свободное от учебы и кружков время гуляла во дворе, предпочитая общение со сверстниками нахождению дома и общению с семьей. С родителями теплых, доверительных отношений не было, уже с младшей школы сформировалась обида на них из-за недостатка внимания. В случаях, когда от родителей что-то было нужно, становилась ласковой, нарочито доброжелательной, всегда добивалась своего. По словам родителей, несмотря на высокие интеллектуальные способности, никогда полностью их не использовала. Делала домашние задания «от и до», прикладывая минимум усилий, была «с ленцой», пасовала перед трудностями.

В 11-и летнем возрасте в дворовой компании друзей сложилась конфликтная ситуация, в результате которой пациентка стала предметом агрессивного прессинга, как словесного, так и физического. Одна в этой ситуации не осталась, сохранился круг друзей, у которых имела поддержку. Решить самостоятельно ситуацию не могла. С родителями не делилась. С этого времени чувствовала себя несправедливо обиженной, разочаровалась в людях, постоянно анализировала конфликт, спрашивала себя «за что?», испытывала душевную боль. Настроение было сниженным с постоянными размышлениями о несправедливости жизни, жалостью к себе. Стала замкнутой, малообщительной, несдержанной из-за постоянного чувства раздражения. Усилилось упрямство, появилась нетерпимость к внешним требованиям и обязательствам. Была в оппозиции по отношению к преподавателям и родителям, не терпела возражений и авторитарности, делала только то, что сама считала нужным. Язвила, перечила. Перестала посещать секцию по шахматам, так как категорически не нравилась необходимость по первому требованию выступать в соревнованиях, представляя интересы школы. Любые правила и обязанности тяготили, вызывали протест и раздражение. Сон, аппетит не нарушались. Продуктивность в учебе не снижалась. С этого времени потеряла лишь интерес к чтению художественной литературы. Постепенно ситуация конфликта в компании стала беспокоить меньше, иногда даже забывала о ней. В этом же возрасте, 11-12 лет постепенно возникло особое отношение к своей внешности, перестало нравиться собственное лицо, находила себя некрасивой. Считала, что это является предметом насмешек и обсуждения со стороны окружающих. Степень недовольства внешностью зависела от настроения. Аффективный фон постепенно к 13-14 годам выравнивался, оппозиционность в поведении сохранялась, но в меньшей степени. Недовольство внешностью нивелировалось, однако вопросы, связанные со своим внешним видом, относилась к жизненным ценностям наивысшего порядка.

Менструации с 11-ти летнего возраста, установились сразу, регулярные. Колебаниями настроения не сопровождались. В 11 лет впервые попробовала алкоголь - за компанию с двумя подругами выпили пива, полученные ощущения понравились, запомнилась расслабленность, ощутила радость, восторг. В последующем примерно раз в неделю в дворовой компании употребляла спиртное. На фоне опьянения улучшалось настроение, уходила раздражительность. Однажды вместе с подругой выпила водки в школе, бравировала опьянением, после чего в школу вызывали родителей. Родителям поведение не объяснила, замкнулась. В возрасте 14 лет вместе с семьей переехала в Москву. По характеру оставалась прежней - несдержанной, раздражительной, оппозиционной. В новой школе адаптировалась достаточно быстро, отношения со всеми складывались хорошо, имела приятелей, гуляла. Завязались длительные отношения с молодым человеком-одноклассником (4 года), испытывала влюбленность. Рассталась с ним по собственной инициативе, так считала его слишком хорошим, а себя недостойным его. В целом, к 17 годам, помимо недовольства внешностью поняла, что имеет скверный характер – считала себя слишком придиричивой к людям, несдержанной, постоянно испытывала напряжение из-за страха, что ее кто-нибудь ранит, обидит, с другой стороны – опасалась кого-нибудь обидеть и ранить сама. Была очень требовательна и нетерпима к людям, не выносила глупости, лени, отсутствия чувства юмора, была лишена снисходительности, в моменты раздражения все говорила в лицо. По праздникам, на днях рождениях в компании продолжала выпивать крепкие спиртные напитки. В опьянении расслаблялась, освобождалась от постоянного чувства напряжения, уменьшалось недовольство собой. В 15 лет усилилась оппозиционность в отношении родителей, по мнению отца это носило характер демонстративной отчужденности. С родителями практически не общалась, твердила им, что ее поздно воспитывать, появились такие высказывания, как, например, «вы меня не любите и никогда не любили», усилилась ревность и зависть к сестре, часто плакала, жалея себя. В 17 лет окончила школу с несколькими четверками в аттестате. Самостоятельно приняла решение поступать в ВУЗы экономического направления. Поступила в Высшую Школу Экономики на экономический факультет на бюджетную форму обучения (2008 г., 17 лет). В группе сложилась теплая атмосфера, дружила со многими ребятами, однако близких друзей не завела. На втором курсе не справилась с зимней сессией и была переведена на платную форму обучения.

В 2009 г. (19 лет) испытала чувство влюбленности в молодого человека из Санкт-Петербурга, с которым познакомилась на вечеринке. Завязались романтические отношения, была влюблена. Привлекли его ум, чувство юмора. К этому времени сформировалось убеждение, что не хочет вступать в официальный брак, не планирует иметь детей из-за боязни испортить фигуру и сделать ребенка несчастным, как сделали ее родители. Предупредила об этом молодого человека, после чего по окончании второго курса приняла решение переехать в Санкт-Петербург на

постоянное место жительства. Проживали вместе с избранником в отдельной квартире. Родители отношения одобряли, помогали материально. Продолжила обучение в высшей школе экономики в Санкт-Петербурге, параллельно устроилась на работу по специальности. С 20 лет появились аутохтонные периоды сниженного настроения, когда просыпалась утром и понимала, что ничего не хочет, ничто не интересно, не могла себя заставить пойти в университет, лежала и смотрела фильмы. Такие состояния длились до одной недели, возникали 1 раз в 2-3 месяца, как по причине, так и без причины. В эти периоды усиливались раздражительность, склонность к самоанализу, недовольство окружающими, собой, особенно своей внешностью, отмечалась фиксация на факте своей «физической неполноценности». В 2013 году (21 год) успешно закончила обучение, устроилась на работу в Москве по специальности. Работой была недовольна, считала, что занимается делами, не соответствующими ее образованию, тяготилась этим. В течение месяца после переезда (июнь-июль) рассталась с молодым человеком по его инициативе – причиной было желание молодого человека узаконить брак, иметь детей. Была крайне обижена поступком избранника, с горечью вспоминала, что в самом начале отношений предупреждала его о своих взглядах на семью, и он был с ними согласен. После разрыва считала, что молодой человек поступил подло, не могла его простить. После расставания резко снизилось настроение, появилось чувство с преобладанием тоски, локализуемой в виде тяжести за грудиной. Стало нарастать отчаяние, недовольство собой, периодически непроизвольно текли слезы, которые не приносили облегчения. Тосковала по своему мужчине. Чувствовала себя неудачницей, думала, что уже никогда не устроит свою личную жизнь, видела этому причиной отчасти свою недостаточно привлекательную внешность. Появилась уверенность, что ее «изъяны» заметны окружающим, однако идей отношения с убежденностью в осуждении и пренебрежении со стороны окружающего мира не формировались. Стала замкнутой, резко усилилась раздражительность. Нарушился сон: испытывала трудности при засыпании, продолжительность ночного сна не превышала 4 часов, был снижен аппетит, худела. Часто беспокоили головные боли, испытывала «пустоту», которую пыталась заполнить работой: оставалась в офисе до 9 вечера, иногда ночевала на рабочем месте. Настроение оставалось резко сниженным без какой-либо суточной динамики. Вина себя за свое состояние, что не может с ним самостоятельно справиться. Продолжала спать не больше 4 часов в сутки, пищу принимала не каждый день, испытывала выраженную слабость, вялость. Вместе с тем память, концентрация внимания не снижались. На работе сохраняла высокую интеллектуальную продуктивность. Через месяц тоска по молодому человеку прошла, однако настроение не улучшилось, усилились обвинения в свой адрес, считала себя несостоятельной, неудачницей, думала о том, что не способна к личной жизни, была фиксирована на своей внешности. В октябре 2013 г. на фоне усталости и похудания отмечались единичные падения с кратковременной потерей сознания, без значительных изменений показателей АД и

ЧСС. По настоянию коллеги по работе в ноябре обратилась за помощью к неврологу. На приеме было назначено проведение ряда обследований, однако пациентка не выполнила назначений. Настроение оставалось подавленным, отмечались пессимистические размышления относительно будущего, тоска, мысли о «безысходности». Периодически возникали мысли о нежелании жить, думала об отравлении препаратами. Отмечала у себя нежелание заниматься чем-либо, равнодушие к любым видам деятельности. С 2014 года стала выпивать: поначалу только в те дни, когда родители уезжали в поездки на несколько недель, затем стала употреблять спиртные напитки и на работе. К маю могла употребить до 400 мл крепких алкогольных напитков или 2 бутылки вина за вечер. В состоянии опьянения ощущала существенное облегчение. Аппетит, по-прежнему, был снижен, не испытывала чувства голода. При приеме пищи, могла непроизвольно начаться рвота. В мае 2014 года приобрела таблетки клоназепам и с мыслями о безысходности и пессимистическими размышлениями относительно будущего, предварительно выпив до 250 мл крепкого алкогольного напитка, приняла 10 таблеток препарата с суицидальными намерениями. В течение получаса испытывала чувство тошноты с непроизвольной многократной рвотой, онемение лица, пальцев рук, поверхностное дыхание, затем уснула и проспала в течение 18 часов. При пробуждении чувствовала выраженную слабость, боль в эпигастральной области. О суицидальной попытке никому не говорила. Состояние оставалось нестабильным, продолжала систематически употреблять большие дозы крепких спиртных напитков. В июле 2014 года вместе с коллегой по работе организовали частный бизнес. Работала продуктивно, но настроение оставалось сниженным. В этот период общалась только с этим коллегой, с которым сложились дружеские отношения, делилась с ним своим состоянием, искала сочувствия. 9 августа, предварительно употребив от 200 до 300 мл крепкого алкоголя, написав письмо другу с работы, приняла 10 таблеток феназепам с суицидальной целью. После приема последовала непроизвольная рвота, онемением конечностей, продолжительным сном. От родителей свои действия скрыла. Состояние по-прежнему оставалось нестабильным. 30 августа, после общения по переписке с женой друга по работе, которая обвинила больную в том, что та отнимает мужа у семьи, требуя внимания, самочувствие резко ухудшилось, испытывала злость, была раздражена упреками супруги друга, считала их несправедливыми. Усилилось недовольство своей внешностью, сравнивала фото жены друга и свои. В состоянии сильного алкогольного опьянения приняла 10 таблеток феназепам с суицидальной целью. После наступления рвоты, почувствовала облегчение: была рада, что осталась жива, осознала, что нуждается в помощи. Впервые осознала, что психически нездорова и необходимо обратиться к специалисту. Рассказала сестре о случившемся и по ее инициативе 2 сентября обратились к психиатру. Врач настаивал на госпитализации, что вызвало крайне негативное отношение у пациентки. Больная обратилась к другому врачу с целью лечения в амбулаторных условиях. Принимала лечение: duloxetine до 60 мг/сут; amitriptyline до 25 мг/сут –

без выраженного эффекта. В ноябре 2014 г обратилась за специализированной помощью в ФГБНУ НЦПЗ.

Психическое состояние при поступлении:

Внешне была аккуратна, выглядела младше своего возраста, пониженного питания, физически грацильна, инфантильна. В кабинет входила уверенной походкой. Сидела ссутулившись, в однообразной позе. Жестикуляция была скудная, мимика обеднена. Голос средней громкости, маломодулированный. В первые минуты беседы была несколько смущена, насторожена, затем становилась откровеннее. На вопросы отвечала в плане заданного, однако после некоторой паузы. Историю своей болезни излагала повествовательно, довольно точно описывая ощущения, но несколько затрудняясь в хронологии и датировке событий. Во время беседы была способна улыбнуться. Однако сама свое настроение оценивала как сниженное, с преобладанием чувства тоски и безразличия к окружающему, раздражительностью, недовольством собой и окружающими, обидой в адрес родителей. Считает себя неудачницей. Особенно подчеркивала, что считает себя некрасивой, была фиксирована на внешности. Отмечала нежелание чем-либо заниматься, что сопровождалось нерезко выраженной вялостью, слабостью. Сообщала, что в утренние часы чувствовала себя несколько лучше. Отмечала у себя потерю интереса к общению с другими людьми, пессимистические размышления относительно будущего, говорила о равнодушии к каким-либо видам деятельности. Ночной сон был с трудностями засыпания и многократными пробуждениями среди ночи. С утра, при пробуждении не испытывала чувства отдыха. Аппетит был достаточный. Искала помощи, была настроена на лечение. Неохотно обсуждала суицидальные попытки, не могла четко сформулировать их мотивы, говорила, что скорей хотела привлечь к себе внимание и вызвать жалость, чем умереть.

В течение первой недели госпитализации в состоянии пациентки преобладал сниженный фон настроения с доминирующим тоскливым радикалом аффекта. Высказывала идеи о собственной неполноценности, несостоятельности, никчемности, с устойчивыми антивитальными размышлениями, приобретающими характер пессимистического мировоззрения. Значимое место в состоянии больной занимала демонстративность. Подолгу проводила время в палате за рисованием, не стремилась к общению с другими пациентками, однако на разговор с лечащим врачом была настроена доброжелательно. На терапию 2,5 мг alimemazini отвечала появлением выраженной слабости, разбитости в утренние часы, онемением пальцев рук – в связи с чем, препарат был отменен. На введение в схему лечения 2 каплей naloperidoli отреагировала головокружениями с предобморочными состояниями. Было проведено 10 сеансов ТМС с проекцией на левую префронтальную область коры головного мозга, в совокупности с фармакотерапией в виде paroxetine, oxcarbazepine, aminophenylbutyric acid – удалось добиться положительной динамики с улучшением настроения, нормализацией аппетита и ночного сна.

Отмечалась редукция тревоги и внутреннего напряжения с дезактуализацией пессимистических размышлений относительно будущего. Выравнивание аффективного фона приводило к дезактуализации идей о собственной неполноценности, что сопровождалось утратой значения сверхценного переживания с возвращением до уровня доминирующих образований, с сохранением особого отношения к своей внешности. Пациентка стала более активной с расширением круга интересов, строила реальные планы на будущее. Была выписана 5 декабря 2014 г. в удовлетворительном состоянии с рекомендацией профилактического наблюдения у психиатра и приема поддерживающей терапии: *paroxetine* 20 мг/сут; *aminophenylbutyric acid* 250 мг/сут; *oxcarbazepine* 150 мг/сут. При выписке на руки были выданы рецепты в городскую сеть. Трудоспособность восстановлена полностью.

После выписки терапию принимала по схеме, аккуратно. Проживала с родителями, поддерживала связь с друзьями, работала. Состояние изменилось 15-16 декабря: беспричинно снизилось настроение, непроизвольно текли слезы, стало нарастать недовольство собой, вновь актуализировались идеи с недовольством своей внешностью. Отмечалось ухудшение состояния в вечерние часы. Обратилась за консультацией к психиатру, где было рекомендовано повысить *paroxetine* до 30 мг, однако улучшения в состоянии не отмечала. Преобладал сниженный фон настроения с чувством тоски, локализуемой в виде тяжести за грудиной, выраженная слабость, нарастало отчаяние. Время проводила дома, преимущественно спала. С 19 по 25 декабря ежедневно употребляла спиртные напитки (2-3 бутылки вина в день), что несколько улучшало самочувствие с выравниванием настроения, повышением активности. 25 декабря повторно обратилась к психиатру, где была рекомендована замена *paroxetine* на *trazodone*. После смены терапии перестала беспричинно плакать, настроение оставалось нерезко сниженным, идеи о собственной неполноценности несколько снизили актуальность. Испытывала выраженную сонливость в течение дня, слабость, вялость, что пыталась нивелировать приемом 2-3 чашек кофе. Новогодние праздники встретила в компании сестры, алкоголь не употребляла. На следующий день ощутила интенсивную головную боль, тошноту, выраженную слабость. В течение дня состояние ухудшилось: возникла рвота, фебрильная температура. Пациентка решила не вызывать бригаду СМП, надеясь на ухудшение своего состояния и летальный исход. В течение 5 дней сохранялись рвота, слабость, головная боль, однако явного ухудшения состояния не наступало. Осознала, что «умереть не удастся», вызвала бригаду СМП, было диагностировано пищевое отравление. Рвота продолжалась до 8 января, фон настроения был резко снижен, сон до 3-х часов в сутки, непроизвольно текли слезы. 12 января обратилась за помощью к психиатру, *trazodone* был заменен на *venlafaxine*. Настроение оставалось подавленным, отмечались пессимистические размышления относительно будущего, тоска, мысли о «безысходности». Своими переживаниями ни с кем не делилась. Отмечала у себя нежелание заниматься чем-либо, равнодушие к любым

видам деятельности. С «суицидальной целью» выпила 6 мг феназепам. Следующие 2-е суток в состоянии преобладали слабость и выраженная сонливость. По настоянию психиатра обратилась в стационар с просьбой о госпитализации.

Психическое состояние на момент поступления:

Внешне была аккуратна, выглядела младше своего возраста, пониженного питания. В кабинет входила уверенной походкой. Сидела ссутулившись, в однообразной позе, скрестив ноги. Жестикуляция была скудная, мимика обеднена. Голос средней громкости, маломодулированный. На вопросы отвечала односложно, но в плане заданного. Во время беседы настроение было снижено, при этом улыбалась, иронизировала над собой. Причиной считала одиночество, «некому довериться», «никто не понимает». Отмечала сдавливающую боль в груди, которая возникала ближе к вечеру и продолжалась 1-2 часа. Рассказывала о нежелании чем-либо заниматься, что сопровождалось не резко выраженной вялостью, слабостью. Сообщала, что в утренние часы чувствовала себя несколько лучше. Отмечала у себя потерю интереса к общению с другими людьми, равнодушие к каким-либо видам деятельности. Рассказывала о пессимистических размышлениях относительно будущего: «никому не нужна», «зачем так дальше жить». Отмечала многочисленные изъяны в своей внешности, была фиксирована на этом. Ночной сон с трудностями засыпания до 4-5 утра, общая продолжительность сна – 3 часа. При пробуждении испытывала разбитость, слабость. Аппетит был достаточный. Искала помощи, была настроена на лечение. При поступлении была назначена терапия: mianserini 7,5 мг/сут; venlafaxini 75 мг/сут; oxcarbazepini 225 мг/сут.

С первых дней освоилась в отделении, но предпочитала держаться обособленно, время проводила за раскрашиванием картин по шаблону, занималась этим по несколько часов в день. Не стремилась к общению с другими пациентками, однако на разговор с лечащим врачом всегда шла охотно. В течение первых дней в состоянии преобладала апатия, подавленность, идеи малоценности, самообвинения, винила себя в своем состоянии, в том, что не может с ним справиться. Была раздражительна, плаксива. Сохранялись расстройства сна с трудностями засыпания, единичными пробуждениями среди ночи, без чувства отдыха по утрам. Аппетит был снижен. Испытывала незначительную тягу к алкоголю, к чему была критична. Большое значение в состоянии больной занимала демонстративность. На назначенной при поступлении терапии была сонлива, отмечалась выраженная слабость и вялость в течение дня. При снижении oxcarbazepini до 150 мг, замене mianserini на maprotilini отмечалась частичная редукция пессимистических размышлений относительно будущего, но обращало на себя внимание побочное действие в виде тошноты, что потребовало замены лидомила на вальдоксан, на чем наблюдалось улучшение настроения, однако не достигающим степени ровного с доминирующим подавленно-раздраженным радикалом аффекта. Сохранялся суточный ритм с ухудшением в вечерние часы в

виде снижения настроения, актуализацией пессимистических размышлений. Стоит отметить самодраматизацию и театральность больной, а также преувеличение имеющихся симптомов. Например, при головной боли отмечалась демонстративность с выражением страдания с закрыванием глаз повязкой, принятием вычурных поз с продольным расположением на кровати. Часто в высказываниях звучали обвинения в адрес родителей, особенно после домашних отпусков, винила их в непонимании, черствости, некорректном обращении с ней, например, в плане постоянных намеков на необходимость устраивать личную жизнь. В пищу не употребляла больничную еду, аргументируя «отвратительным вкусом». В связи с озабоченностью внешним видом исключила из рациона питания сладости, мучное, хотя вес больной составлял 42 кг. После полутора месяцев госпитализации при переводе с других антидепрессантов на trazodonі отмечалась улучшение фона настроения, редукция подавленности, вторичных идей самообвинения, раздражительности. Улучшился ночной сон, с появлением чувства отдыха при пробуждении. Отмечались единичные мышечные подергивания в руках, которые редуцировались с включением в схему лечения amantadin. Таким образом, на терапии oxcarbazerinі 150 мг/сут., trazodonі 200 мг/сут. удалось добиться положительной динамики с улучшением настроения, с дезактуализацией дисфорфофибических идей, пессимистических размышлений относительно будущего, нормализацией аппетита и ночного сна. Пациентка стала более активной с расширением круга интересов, строит реальные планы на будущее. Выписана в удовлетворительном состоянии под профилактическое наблюдение в у психиатра. При выписке на руки выданы рецепты в городскую сеть и рекомендован прием trazodonі 200 мг/сут, oxcarbazerinі 150 мг/сут. Трудоспособность восстановлена полностью.

После выписки из ФГБНУ НЦПЗ 20 марта 2015г. чувствовала себя удовлетворительно: фон настроения оставался ровным, суточного ритма не отмечалось, сон и аппетит были достаточные. Поддерживающую терапию принимала согласно схеме. Проживала с родителями и сестрой, поддерживала связь с друзьями. Состояние изменилось в середине апреля: беспричинно снизилось настроение, появилась плаксивость, пессимистические размышления относительно будущего, стало нарастать недовольство собой. По согласованию с врачом доза trazodonі была повышена, однако, без эффекта. В течение мая пыталась устроиться на работу. Перед каждым собеседованием испытывала выраженную тревогу, доходящую до паники в сочетании с вегетативными симптомами (сердцебиение, учащённый пульс, потливость, ощущение нехватки воздуха, одышка, затруднённое дыхание), плаксивостью, недовольством своей внешностью. По рекомендации психиатра trazodonum заменен на paroxetine до 60 мг, oxcarbamazepinum 225 мг н/н. После смены терапии редуцировалась плаксивость, тревожность, настроение выровнялось. Устроилась на должность заместителя начальника тендерного отдела, с работой справлялась. С сентября 2015 г. фон настроения беспричинно снизился. Отмечала пессимистические

размышления относительно будущего, мысли о безысходности. Мучительно осознавая свою непривлекательность, несостоятельность, надеясь либо на улучшение, либо на резкое ухудшение своего состояния и последующий летальный исход, приняла 10 таблеток amitriptylini. В течение последующих суток была сонлива, в состоянии преобладала слабость, вялость, дизартрия. Обратилась за помощью к психиатру. После коррекции терапии (paroxetine был заменен на препараты escitalopramum и alimemazinum) постепенно почувствовала улучшение в состоянии: фон настроения с тенденцией к выравниванию, дезактуализировались пессимистические мысли, недовольство собой, внешностью. С работой справлялась успешно, встречалась с друзьями, занималась домашним хозяйством, читала художественную литературу. В ноябре фон настроения постепенно начал снижаться, нарушился сон по типу трудностей засыпания. Коррекция терапии с добавлением clomipramini не оказала положительной динамики. Чувствовала ухудшение в виде появления вялости и подавленности, разбитости по утрам. Обратила внимание, что требуется волевое усилие, чтобы встать с постели, приготовить пищу, выполнить работу по дому. То, что предстояло делать днем, казалось сложным, трудновыполнимым. Уволилась с работы, так как не видела дальнейшей цели пребывания на занимаемой должности, утверждала, что отсутствовали перспективы карьерного роста. В конце декабря по рекомендации врача был осуществлен обрыв терапии. В течение последующих 2-3 суток оценивала свое настроение, как грустное, подавленное, угнетенное, сопровождающееся раздражением, недовольством. Отмечала слабость побуждений, безынициативность, пассивность, повышенный аппетит. Появилось чувство тоски, локализуемой за грудиной в виде ноющей боли, стеснения, сдавления, сжатия. С 4-го января получала quetiapini 25 мг, oxcarbamazepini 150 мг, venlafaxini 75 мг. Фон настроения оставался сниженным. Ночной сон поверхностный, с трудностями засыпания, не приносящий чувства отдыха. Испытывала выраженную слабость в течение дня, вялость, разбитость. После отмены quetiapini отмечала некоторое уменьшение утренней слабости. Время проводила дома, читала, рисовала, встречалась с друзьями. По настоянию психиатра обратилась в стационар с просьбой о госпитализации.

Психическое состояние при поступлении:

В отделение вошла самостоятельно, держится несколько фамильярно. Одеты и причесаны аккуратно, шея укутана шарфом. Выглядит младше своего возраста, пониженного питания. Сидит в развалку, поддерживает голову рукой. Обращает на себя внимание стереотипная манерность мимики и моторики. Голос средней громкости, маломодулированный. На вопросы отвечает односложно, по существу. Выражение лица безрадостное. Сама пациентка настроение характеризует как «нерезко сниженное» с подавленностью, тоской, которую ощущает как тяжесть за грудиной и называет «душевной болью». Рассказывает об ощущении упадка сил, сниженной активности, нежелании что-либо делать. Наиболее плохое самочувствие во второй половине дня.

Сообщает, что постоянно испытывает недовольство своей внешностью, считает себя полной, некрасивой. Акцентирует внимание на неправильных чертах своего лица, делится мыслями о проведении пластической операции. Отмечает, что последние полмесяца худела, стараясь снизить свой вес до 42 кг., рвоту не вызывала. Считает себя «никому не нужным» одиноким человеком, которого «никто не понимает». Отмечает у себя потерю интереса к общению с другими людьми. Ночной сон поверхностный с трудностями засыпания, частыми пробуждениями, общей продолжительностью 3-4 часа. При пробуждении испытывает разбитость, слабость. Аппетит снижен. Суицидальные мысли «отсекает от себя», говорит, что научилась их контролировать. Ищет помощи, настроена на лечение.

Состояние в динамике:

С первых дней освоилась в отделении, общалась избирательно, большую часть времени проводила за рисованием. В течение первой недели госпитализация в состоянии преобладал сниженный фон настроения с доминирующим тоскливым радикалом аффекта. Высказывала идеи о собственной несостоятельности, никчемности с устойчивыми антивитальными размышлениями приобретающими характер пессимистического мировоззрения. Ночной сон был стойко нарушен по типу бессонницы, аппетит резко снижен. На терапию haloperidoli в каплях отреагировала выраженным онемением языка, неба, тремором пальцев рук. В дальнейшем на фоне проводимой терапии (perphenazini до 7,5 мг/сут; clozapini до 12,5 мг/сут; biperideni 3 мг/сут; venlafaxini до 225 мг/сут; fluvoxamini до 150 мг/сут; carbamazepini до 300 мг/сут) удалось добиться положительной динамики с улучшением настроения (однако не достигающим степени ровного), сна, аппетита. Дезактуализировались пессимистические размышления относительно будущего. Сохраняющаяся раздражительность была скорректирована повышением дозы perphenazini. Отмечались жалобы на слабость, вялость, сонливость в течение всего дня, что было связано с приемом clozapini. Также сохранялась потеря интереса к общению с другими людьми. При смене терапии (sulpiridi 100 мг/сут; venlafaxini 225 мг/сут; fluvoxamini 150 мг/сут; carbamazepini до 200 мг/сут.) отмечалось выравнивание настроения, редукция фиксации внешности, астеноподобной симптоматики. Пациентка стала более активной с расширением круга интересов, стала строить реальные планы на будущее. Выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями консультирования у психиатра и приёма поддерживающей терапии: sulpiridi 50-50-0 мг; venlafaxini 150-75-0 мг; fluvoxamini 150 мг вечером; carbamazepini 100 мг н/н. При выписке на руки выданы рецепты в городскую сеть. Трудоспособность восстановлена полностью.

После выписки наблюдается у лечащего врача, принимает поддерживающую терапию. Сразу приступила к поиску работы. Фон настроения в этот период оставался ближе к ровному, эпизодов тревоги не возникало. В настоящее время работает по специальности, с нагрузками

справляется. В свободное время охотно общается со знакомыми. В компании употребления алкоголя не избегает, что происходит не чаще 1 раза в неделю в умеренных количествах. Внешностью в целом довольна, однако сохраняется особое к ней отношение; использует «сбалансированную» диету, занятия в спортзале. Познакомилась с молодым человеком, сформировались романтические отношения, которые поддерживает до настоящего времени. Сохраняет доверительные отношения с сестрой и несколько формальные с родителями. С работой справляется, эпизодов сниженного настроения не отмечала, лишь в периоды высоких нагрузок возникали кратковременные головные боли.

Анализ наблюдения:

На момент проведения исследования состояние больной определялось эндогенной депрессией с наличием в ее структуре чувства подавленности, плаксивости, придирчивости к близкому окружению, вторичных идей самообвинения, пессимистических размышлений, идей малоценности, инвертированного суточного ритма. Обращали на себя внимание личностные особенности в виде мягкой манерности, демонстративности, стремления подчеркнуть свою неординарность и сверхчувствительность, склонность к внешнеобвиняющим тенденциям с высоким уровнем ригидных притязаний в адрес ближайшего окружения. Личностные особенности отличало гипертрофированное внимание к своей внешности, соответствующее понятию доминирующей идеи, в ряде случаев приобретавшее характер латентной «ипохондриии красоты» (по W. Jahreis). По мере развития аффективной симптоматики, а именно с усилением тревожного радикала аффекта, тягостное переживание «изъяна» сопровождалось фиксацией на факте своей «физической неполноценности» и переходом доминирующих в сверхценные дисморфоманические образования с идеей исправить мнимые недостатки хирургическим путем. Отмечалась односторонняя направленность мышления с детальной разработанностью и сосредоточением на «мнимом изъяне» с крайней сложностью отвлечения от него. Кроме того, имели место пессимистические мировоззренческие установки в виде нежелания иметь детей, с одной стороны, переплетающиеся с дисморфоманическими сверхценными расстройствами (боязнь испортить фигуру), с другой, – с особенностями воспитания в ее семье и страхом перенести это на своих будущих детей.

Вышеописанные сверхценные установки можно рассматривать как проявление личностных особенностей, достигающих уровня акцентуации на фоне имеющихся аффективных расстройств. То есть, депрессивный аффект играл роль катализатора личностных расстройств, при этом по мере редукции аффекта сверхценные образования проходили обратное развитие до уровня доминирующих идей.

Личностные особенности можно отнести к кругу демонстративных с преобладанием истерических черт: демонстративность в целом, демонстративные реакции (суицидальные попытки), чрезмерная озабоченность физической привлекательностью, грацильность телосложения, психический инфантилизм, склонность к манипулятивному поведению, склонность к преувеличениям, аффективно-заряженные отношения с повышенным уровнем притязаний, внутренние диалоги со стремлением доказать обидчику, чтобы он понял. Тягу к алкоголю можно расценить как проявление патохарактерологических черт, усиленных аффективными расстройствами. Имеют место и астенические черты в виде низкой выносливости, субъективно регистрируемой, соматоневротической стигматизации, «пасованием» перед трудностями, тонкости реагирования на грубость окружающих, повышенного чувства долга и ответственности (проявлялось в работе), а также в отсутствии поиска признания у значимых для себя людей, а довольствование узким кругом лиц. Уменьшение аффективных расстройств на фоне терапии практически не приводило к нивелированию психопатических проявлений, что говорит в пользу их личностного, а не аффективного происхождения.

Манифестацию можно отнести к возрасту 21-го года. Состояние носило затяжной характер, его развитие имело психогенно-провоцированный характер (расставание с молодым человеком), однако черты психогении быстро перестали быть актуальными, тогда основную роль в картине депрессии стал приобретать «комплекс неудачника», проявления самоистязающей депрессии в виде комплекса малоценности. Постепенно уровень гипотимии углублялся, через год после ее начала появились суицидальные мысли и массивная алкоголизация. Тоска, появившаяся на этапе углубления, носила скорей не истинный витальный беспредметный характер, а являлась отражением ключевых личностных переживаний. Отсутствие идеаторного торможения, сохранение высокого уровня интеллектуальной продуктивности, плаксивость может свидетельствовать в пользу относительно небольшой глубины депрессии. Имевшие место суицидальные попытки с противоречивым толкованием – больше привлечь внимание.

Преморбидно личность акцентуированная по истеро-астеническому типу с заострением личностных черт в пубертатном периоде.

В целом динамика заболевания подчиняется закономерностям течения рекуррентного депрессивного расстройства с формированием депрессий со сверхценными расстройствами (аффект-ассоциированный механизм развития) у акцентуированной личности по истеро-астеническому типу. Заболевание проявляется расстройствами, не выходящими за рамки аффективного регистра психопатологической симптоматики, которые имеют фазную динамику.

Наблюдение № III (аффект-диссоциированный вариант развития сверхценных образований).

Больной **О-ов С.Ш., 1990 г.р.**

Поступил в клинику ФГБНУ НЦПЗ 9.10.2014 г.; выписана 29.01.2015 г.

Анамнез: (со слов больного, матери больного и данных медицинской документации).

Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Линия матери:

Бабка и дед – умерли от онкологических заболеваний, когда матери больного было 5 и 6 лет.

Двоюродный дед, воспитывавший мать, - умер в возрасте 68 лет, от соматической патологии. Имел 2 высших образования – одно из которых экономическое. Работал частным предпринимателем. Имел свою столовую, а также занимался ювелирным бизнесом. По характеру был общительным, трудолюбивым, отличался строгостью, однако редко прибегал к открытой конфронтации, старался решать проблемы дипломатическим путем.

О двоюродной бабке, воспитывавшей мать, сведений нет.

Мать - 45 лет. После смерти родителей (в пятилетнем возрасте) была удочерена дядей, родным братом погибшей матери. Росла в обеспеченной семье, в дружелюбной семейной атмосфере, однако субъективно испытывала недостаток в любви и ласке, испытывала потребность эмоциональной теплоте. Получила высшее медицинское образование. В настоящее время работает в военно-врачебной комиссии психиатром-наркологом. По характеру активная, трудолюбивая, общительная, целеустремленная, решительная. На работе пользуется авторитетом среди коллег и пациентов, имеет репутацию строгого, вдумчивого специалиста. С друзьями и подругами - веселая, жизнерадостная, эмоциональная.

Линия отца:

Бабка - 69 лет. С 55 лет на пенсии. Образование среднее, работала воспитателем в детском саду. По характеру спокойная, мягкая, добрая. Никогда не жаловалась на трудности. Имеет склонность к тревожным реакциям, с повышенным чувством ответственности.

Дед - умер в 54 года от соматической патологии. Имел высшее техническое образование, точная профессия не известна, имеются данные о специальности нефтяника. По характеру был мягкий, добрый, дипломатичным. Пользовался уважением у родственников, отличался интеллигентностью, душевностью.

Дядя, родной брат отца - 50 лет. Имеет высшее образование, по профессии историк. Работал преподавателем в университете, затем занимался в строительной сфере. По характеру общительный, спокойный, уравновешенный.

Двоюродный брат пациента - 21 год. Страдает умственной отсталостью, с трудом окончил школу. Испытывал трудности с социальной адаптацией. Неоднократно обращался к психиатру и находился на лечении в ПБ.. Более точные сведения отсутствуют.

Отец - 48 лет. Имеет высшее медицинское образование, в настоящее время работает врачом психиатром в военкомате. Ранее – рентгенологом, хирургом. Причины смены специальностей не известны. В годы обучения в институте был капитаном команды КВН. По характеру веселый, жизнерадостный, оптимистичный, отличается хорошим чувством юмора. Эмоционален, вспыльчив. Во время конфликтов с женой нередко бывал агрессивен как вербально, так и физически. После 8 лет брака развелся с женой, с сыном отношения поддерживал.

Пациент родился в Махачкале, единственным ребенком в семье, от нормально протекавших беременности и родов, в возрасте матери 19 лет. Родился с патологией зрения (диагностировано косоглазие и астигматизм). В возрасте 3 месяцев был стационарирован в реанимационное отделение ГБ по поводу осложнившейся инфекции, протекавшей с явлениями «ложного крупа». В раннем детстве рос болезненным ребенком: частые простуды, протекавшие с гипертермией до 40 градусов. Раннее психофизическое развитие с незначительным опережением.

Помнит себя с возраста 3-4 лет, первые воспоминания связаны с днем рождением. Отмечал страх темноты, который сохранялся до 10-летнего возраста. В темноте представлял себе привидений, чудовищ, которые могли причинить ему вред. С 3 лет посещал специализированное детское дошкольное учреждение для детей с патологией зрения, в детском коллективе адаптировался быстро. Имел несколько приятелей. Характеризует себя в те годы как общительного, веселого, достаточно послушного ребенка. Предпочитал спокойные игры, тем не менее, в подвижные игры вовлекался легко. С легкостью находил общий язык со сверстниками, однако первым на контакт идти стеснялся. С взрослыми общался несколько свободнее, стеснения испытывал гораздо меньше.

С 4-х летнего возраста отмечалась склонность к фантазированию: представлял себя героем сказок, наделяя себя позитивными качествами, придумывал сюжеты, где ему была отведена ключевая роль. С 6-ти летнего возраста фантазировал о понравившихся девочках – представлял их в роли супруги, строил картины семейной жизни. Когда пациенту было 5 лет, семья переехала в Москву. После переезда ДДУ не посещал, проводил время со сверстниками во дворе. Предоставленный сам себе, мог подолгу играть в «воображаемые ситуации». С легкостью представлял, что лужа - это океан, а спичка в ней его собственный парусник. Было достаточно любого предмета на улице, чтобы создать для себя интересную и захватывающую игру.

Ссоры родителей, свидетелем которых оказывался, переживал болезненно, тревожился, хотелось плакать, однако слезы сдерживал. В конфликты никогда не вмешивался. В 7-ми летнем возрасте их развод перенёс спокойно. В школу пошел с 6 лет. Был не подготовлен к учебе, читать и писать не умел, знал только слоги. По характеру был застенчив, но, несмотря на это, всегда легко адаптировался в новом коллективе, со всеми складывались хорошие, дружеские отношения,

вне зависимости от гендерной принадлежности. От других детей отличался рассудительностью, уже с 7 лет задумывался о смысле жизни. В отношении учебы был дисциплинирован, самостоятельно выполнял домашние задания, учился на отлично. С удовольствием участвовал в театральных постановках и в общественной жизни школы в целом. Дискомфорта от выступлений на публике не испытывал, нравилось получать похвалу. Получал удовольствие от постановок, связанных с музыкой, где возникала необходимость петь. Преподаватель музыки отмечала предрасположенность мальчика к музыкальному искусству и настаивала, чтобы родители занялись музыкальным образованием сына.

В конце второго года обучения в школе вместе с матерью вернулся в Дагестан. Был расстроен переездом, сожалел о расставании с одноклассниками, со своей «первой любовью» (о чем жалеет и по сей день). В новой школе из-за разницы программ обучения был вынужден пойти во второй класс повторно. В коллективе адаптировался постепенно. Обращал внимание на различие в мироощущении со сверстниками, тяготился их агрессивным настроением, в целом, всегда выступал сторонником мирного решения любых разногласий.

По инициативе матери, с целью коррекции осанки в возрасте 9 лет, занялся народными танцами. Получал удовольствие от занятий. При выступлениях на публике дискомфорта не испытывал. Занятия посещал в течение 1.5 лет. Несколько позже по собственному желанию начал посещать занятия по хоровому пению. В возрасте 10 лет по инициативе бабушки был записан в секцию восточных единоборств. На занятия ходил без удовольствия. Применение силы казалось бессмысленным. В школе продолжал участвовать в театральных постановках, но отношения с одноклассниками складывались трудно, близкой дружбы ни с кем не сформировал, тяготился тем, что не может быть понят сверстниками.

С 11 лет (5 класс школы) начал замечать, что стало труднее усваивать новый материал. Успеваемость несколько снизилась, особые трудности отмечались с математикой, был этим расстроен, но каких-либо усилий для повышения успеваемости по данному предмету не предпринимал.

В 6 классе на одном из уроков музыки впервые услышал Лунную сонату Бетховена, во время прослушивания испытал «восторг, эйфорию», был взволнован, хотелось постоянно слушать эту музыку. После урока пытался восстановить в памяти мелодию, но «звучала» она в изменённом виде, полагал, что это из-за отсутствия музыкального образования. Решил, что раз не получается восстанавливать мелодии, то будет сочинять свои. С тех пор мысленно сочинял музыку «внутренним слухом». Однако, не владея нотной грамотой, не мог записывать «свои мелодии» и поэтому сохранял их в памяти. В этот период особенно сожалел, что не занимался музыкой с детства. В процессе сочинения музыки получал большое удовольствие, отвлекался от всех своих переживаний, раздумий. При этом стеснялся своего творчества, так как полагал, что данным

социальным сообществом такое отношение к музыке воспринимается как склонность к чему-то женственному. Стал замкнутым, стыдился своих интересов. На занятиях стало ещё труднее сосредоточиться, постоянно отвлекался на процесс сочинения музыки в своей голове. Эпизодически на уроках испытывал состояние полной растерянности, ощущения потери мысли при ответах. Нарастали тревога и недовольство собой. Всё больше усилий прикладывал для обучения, отмечал общую усталость. В 12 лет (6 класс) был отдан в другую школу, где отношения со сверстниками своего пола также не складывались из-за ограниченности их интересов и агрессивной настроенности. В этот период особенно остро почувствовал своё одиночество, стал много размышлять о смысле жизни, о том, что принято считать нормой и что патологией. Своими переживаниями ни с кем не делился, даже с родителями, так как не чувствовал близости с ними и возможности понимания с их стороны.

В возрасте 13 лет (7 класс) мать случайно, от преподавателей, узнала об увлечении сына классической музыкой. Отнеслась к этому снисходительно, нередко иронизировала, однако сделала подарок в виде аудиокассет с записью классических произведений. В 7-8 классе успеваемость продолжала снижаться, на уроках опасался лишней раз переспросить, чтобы не выглядеть глупым. Во время прослушивания уроков временами создавалось впечатление, что материал преподается на незнакомом языке. Всё чаще стали возникать эпизоды нарушения концентрации внимания, было трудно сосредоточиться, испытывал потери мысли, в том числе при ответах у доски. Сложнее давались алгебра и геометрия. Ощущал замедленность мыслительного процесса. Мог понять материал, если его многократно и очень медленно объясняли. Отмечал трудности при прочтении: приходилось по многу раз перечитывать, чтобы понять смысл написанного, вне зависимости от сложности текста. На уроках постоянно прокручивались тревожные мысли, что ещё больше отвлекало от занятий. Нарастала тревога, постепенно снижалось настроение. Своими переживаниями ни с кем не делился. С каждым годом отмечал, то учиться стало всё труднее. Обращал внимание, что одноклассники менее развитые интеллектуально, учились либо также, либо лучше. На этом фоне стал все более замыкаться, анализируя и осознавая болезненность своего состояния и необходимость помощи.

В 2004 году, в возрасте 14-ти лет признался матери в том, что почти постоянно сочиняет музыку. По настоянию матери, был консультирован психологом, который посоветовал поддерживать музыкальные увлечения. Был показан преподавателю консерватории, который настоятельно рекомендовал поступление в музыкальное училище в Дагестане. С этого времени стал индивидуально обучаться нотной грамоте, готовиться к поступлению в училище. В этот период школу практически не посещал, окончил 9 классов на индивидуальном обучении и летом 2006 года поступил в музыкальное училище г. Махачкалы. Был целеустремлен, учился с

интересом, несмотря на ряд трудностей с предметами, более тяготился тем, что в отличие от своих одноклассников очень поздно начал учиться музыке.

С 14-15 лет появился интерес к литературе по психологии и психиатрии: анализировал и пытался понять, что с ним происходит, а также пытался узнать, как с помощью музыки он мог бы позитивно влиять на эмоциональный фон людей. Наблюдал за реакцией окружающих на различные музыкальные композиции. Исходя из своих наблюдений, занимался систематизацией музыкальных произведений как чужих, так и собственных, делал выводы. При этом отмечал, что родители недостаточно понимают его, из-за чего своими переживаниями не делился, опасаясь неверной трактовки своего состояния и своих намерений.

С 16-17 лет, несмотря на несколько сниженный фон настроения, начал более тщательно изучать состояния, которые могла вызывать музыка. Так при прослушивании произведений Баха размышлял о зле: «о фашизме, преступлениях, вселенских грехах». После ощущал просветленность, осознание того, что совершать плохие поступки нельзя, не потому что это неправильно, а потому что это «психопатологично и аморально», и что «всем злом» должна заниматься психиатрия. Во время прослушивания музыки представлял себя то в роли убийцы, то жертвы. Убеждался, что все зло является болезненным явлением, психопатологией. Планировал разрабатывать систему интеллектуального и духовного развития через использование «содружественного компромисса» искусства и науки. Для того, чтобы приблизиться к своей идее начал сочинять музыку в стиле барокко, исполняя ее на органе, фортепиано. На музыку накладывал слова латинского текста, исполняемого во время католического богослужения. При этом целью данных произведений было показать психопатологичность всех преступлений. На основании своих умозаключений сформулировал предположение, что человек исходно рожден в психопатологически аномальном состоянии и работа над его интеллектуальным и духовным развитием - процесс приведения индивидуума к норме социума. Испытывал сожаление, что не существует образовательного учреждения с факультетом музыкальной психологии. Сделал вывод, что ему необходимо образование психиатра, однако понимал, что это займет много времени, в связи с этим решил ограничиться изучением медицинской психологии, с тем, чтобы правильно выражать свои мысли на тему психического здоровья, поскольку испытывал страх, что его идеи будут восприняты специалистами как «бред реформаторства или изобретательства». Наряду с этим стал интересоваться квантовой физикой и космологией, обосновывая это тем, что психиатрия и психология дают фундаментальные представления об устройстве внутреннего мира, а квантовая физика, астрофизика и космология - об устройстве внешнего мира. Считал, что именно данный комплекс (из 5-и наук) даст адекватное восприятие действительности человеком. Однако активному изучению нового направления мешали те же проблемы, что и ранее: приходилось по многу раз перечитывать, чтобы понять смысл написанного, зачастую забывал прочитанное. На

этом фоне появились новые идеи - внедрения психиатрии в общеобразовательные школы с целью массового «просветления». Разрабатывая свои проекты ни с кем не делился.

Продолжал учиться в музыкальном училище в Махачкале. В 17 лет испытал чувство влюбленности в сокурсницу, ей своих переживаний не говорил. Много думал о чувствах, которые испытывал, осознал, что они основываются лишь на сексуальном влечении, а не на чем-то «высоком и духовном», принял решение, что будет искать только ту привязанность, где степень интеллектуального контакта будет выше сексуального влечения.

За год до окончания музыкального училища, в 2009 году (18 лет) перевелся в Московский Академический колледж при консерватории им. П.И. Чайковского на композиторское отделение. Переехав в Москву стал проживать в общежитии. Перемену обстановки перенёс хорошо. С большим энтузиазмом приступил к учёбе, в Москве появилось множество новых знакомых, в кругу которых не чувствовал себя изгоем. Сложились очень хорошие отношения с преподавателями. Однако учёба давалась по-прежнему нелегко: чувствовал нехватку знаний, приобретённые навыки не доходили до автоматизма. Состояния, с потерей сути беседы и чувством отстраненности сохранялись и сопровождались несколько сниженным фоном настроения, тревогой. Постепенно сформировался страх возникновения такого «прерывания мыслительного процесса», которое сам называл «обрывами мыслей», «шперрунками». Отмечал, что при волнении такие состояния наблюдались несколько чаще. Из объективных сведений известно, что преподаватели отмечали некие проблемы при ответах, но были к ним толерантны, видя большие музыкальные способности.

С 20-летнего возраста появлялась идея о создании династии психологов-психиатров, для чего решил найти супругу среди научных сотрудников в сфере психиатрии или психологии, по настоящее время увлечен этой идеей, полагал, что она поможет в разрешении вопросов, связанных с музыкальной психологией и психопатологией.

В декабре 2012 года (21 год) отметил физическое влечение к своему соседу по комнате в общежитии, выступил инициатором интимных отношений, которые были кратковременными. После этого настроение стойко снизилось из-за понимания деструктивности переживаемых эмоций, переживаний о неразделённом чувстве и отказе продолжить отношения. Испытывал недовольство собой, стал более замкнутым, нарушился сон, снизился аппетит. На этом фоне возникло острое чувство тревоги, достигающее до отчаяния. Отмечались антивитаальные переживания, однако суицидальных попыток не предпринимал - останавливали мысли о родителях и их переживаниях. Утешение находил лишь в прослушивании музыки, чтении художественной литературы (произведения Достоевского), предпочитал не выходить из дома. Отмечал потерю способности получать удовольствие от любого вида деятельности, в том числе и от сочинения музыки. Успеваемость также снизилась, нарастала неуверенность в своих

способностях, был убеждён, что не справится с выпускными экзаменами. Беспокоили головные боли. Задумывался о прекращении обучения. Проанализировав свое состояние стал готовиться не к сдаче экзаменов, а к общению с психиатрами, изучая медицинскую литературу. Оформил академический отпуск (4 курс, перед летней сессией, 2013 г.).

По собственной инициативе 15 мая 2013 года обратился за помощью к психиатру в Москве. Сам настаивал на госпитализации, однако родители были категорически против, в результате был увезен в Дагестан, где амбулаторно (по рекомендации матери) принимал *perphenazine*, *lithii carbonas*, *biperiden* до октября 2013 года без выраженного изменения в состоянии. Во время академического отпуска вместо подготовки к продолжению учебы, стал готовился к госпитализации в психиатрическую клинику, изучая специальную литературу для того чтобы верно объяснять свои проблемы. С большим интересом относился к общению со специалистами, в том числе, чтобы повысить свой уровень научных знаний. Продолжал изучать литературу по психиатрии, чтобы , быть «грамотней и точнее» в описании своего состояния.

В ноябре 2013 года, по собственной инициативе, обратился к другому психиатру, по его рекомендации начал принимать *clozapine* по 25 мг на ночь и *carbamazepinum*. Из положительной динамики отмечал только повышение качества сна. Состояние ухудшалось зимой 2014 года отметил усиление выраженной тревоги, неуверенности в себе, нарушение концентрации внимания и памяти, страх постановки неверного диагноза, при этом испытывал острое чувство одиночества, стремясь скрыть его за общей бравадой и показным весельем. Постоянно размышлял о своём состоянии, о будущем.

После неоднократных бесед с преподавателями согласился сдать государственные экзамены, чтобы окончить колледж, чувствуя поддержку с их стороны и доброе отношение. В таком состоянии 19.05.2014г обратился за помощью в ФГБНУ НЦПЗ, был госпитализирован в 5 отделение.

При поступлении: в пространстве, времени и собственной личности был ориентирован правильно. Выглядел несколько моложе своего возраста, одет опрятно, аккуратно причёсан. Держался свободно. Старался произвести благоприятное впечатление, был подчеркнуто вежлив. Много жестикулировал. Охотно вступал в беседу. В разговоре улыбался, что не всегда соответствовало теме. Голос был достаточной громкости, интонации сохранены, темп речи ускорен. На вопросы отвечал не всегда последовательно, часто переходил с темы на тему, возвращался в повествовании к уже сказанному, был обстоятелен, склонен к рассуждательству. Настроение характеризовал как неустойчивое, причиной считал неблагоприятное влияние внешних факторов. Предъявлял жалобы на «нарушение мышления» в виде внезапного обрыва мысли и ощущения «пустой головы», определял его как «шперрунг». Беспокоили трудности сосредоточения внимания, порой, во время чтения не сразу понимал смысла прочитанного, был

вынужден неоднократно перечитывать. Много говорил о своём интересе к психиатрии, психологии, квантовой физике, музыке. Думал о переустройстве системы образования, разрабатывал методики обучения асоциальных подростков с помощью музыки. Уточнял, что сам сочинял музыку, в том числе и для этой цели. Тяготился непониманием со стороны матери. Был вынужден быть с ней недостаточно откровенным, так как опасался неверной интерпретации его состояния. Сон и аппетит были достаточные. Бред и обманы восприятия выявить на момент осмотра не удалось. Суицидальные мысли и намерения отрицал. Искал помощи, был настроен на лечение.

В отделении адаптировался постепенно. Вначале держался обособлено, время проводил в основном в палате, занимаясь музыкой. Затем стал общительнее, часто находился в кругу других больных за просмотром телепередач, настольными играми. На фоне проводимой терапии с использованием комбинаций различных препаратов (risperidoni до 4 мг в сутки; carbamazepini до 600 мг в сутки; clozapini до 12,5 мг в сутки; trifluoperazini до 12,5 мг в сутки; biperideni до 5 мг в сутки; aripiprazoli до 10 мг в сутки; mianserini до 30 мг в сутки; fluvoxamini до 100 в сутки; olanzapini до 10 мг в сутки) можно было отметить незначительную положительную динамику в состоянии: уменьшилась степень выраженности тревожного аффекта с нормализацией ночного сна. Редуцировались навязчивые мысли. В личных беседах когнитивные нарушения не выявлялись. Однако настроение оставалось сниженным без выраженной суточной динамики. Преобладала тоска и подавленность, связанная с бесперспективностью будущего, отсутствием работы и семьи. Сохранялись идеи, хотя и несколько снизившие свою аффективную насыщенность, с убежденностью в необходимости коренных изменений существующих научных, культурных концепций и систем, планировал разрабатывать систему интеллектуального и духовного развития через использование содружественного компромисса искусства и науки.

В стационаре провел 60 дней и был выписан 17 июля на поддерживающую терапию: olanzapini 7,5 мг на ночь; biperideni 2 мг утром; carbamazepini 300 мг на ночь; fluvoxamini 50-0-50 мг; gamma-amino-betaphenylbutirate hydrochloridi 62,5-62,5-0-250мг.

После выписки вместе с отцом поехал в деревню к бабушке, где гостил до конца августа. Был достаточно активен, частично помогал по дому, много и с удовольствием гулял. Сон был достаточным. Поддерживающую терапию принимал регулярно. Вернувшись домой к матери, время проводил в основном в своей комнате. В общении с матерью был формален, не делился своими мыслями и переживаниями. Продолжал записывать сочиненную им музыку, относился к ней с особой строгостью, постоянно перепроверял, находя ошибки в нотах. Сохранялось недовольство своим психическим статусом - «нарушенным мышлением», испытывал трудности в сосредоточении внимания. Тяготился неустроенностью как в личной жизни, так и в

профессиональном плане. Настоял на повторной госпитализацию в ФГБНУ НЦПЗ. 9 октября был повторно госпитализирован в 5 отделение.

Психическое состояние на момент поступления:

Выглядит моложе своего возраста. Одет опрятно, аккуратно причёсан. Держится свободно. Зрительный контакт сохранен. Охотно вступает в разговор с врачом. Подчеркнуто учтив, пытается придать беседе светский характер, произвести благоприятное впечатление. Поза однообразная, но много жестикулирует, в течение всего разговора подрагивают колени. В беседе улыбается, что не всегда соответствует теме разговора. Голос достаточной громкости, интонации сохранены, темп речи ускорен. В процессе ответов на вопросы достаточно далеко уходит от их сути, при этом много рассуждает на абстрактные темы психологического и философского содержания. В разговоре обильно использует психиатрическую лексику, а также собственные термины - «шперунгоподобная растерянность». На простые бытовые вопросы отвечает, используя излишне усложненную лексику с обилием абстрактных литературных выражений. Не всегда последователен, возвращается в повествовании к уже сказанному. Настроение характеризует как сниженное. Предъявляет жалобы на тревогу, выраженную в течение всего дня, неуверенность в себе. Причиной считает нарушения мышления, под которыми подразумевает трудности усвоения текста, а также периодически возникающие состояния, при которых не может вспомнить, о чем ему говорить, из-за чего вынужден использовать вводные слова или молчать. Утверждает, что подобные состояния длятся по 2-3 минуты, затем начинает вспоминать, о чем нужно говорить. Считает, что данные состояния полностью дезадаптируют, из-за чего несостоятелен в плане дальнейшего обучения, работы и семьи. Не видит ничего особенного в том, что часто проводит время в уединении, так как полагает, что при данных расстройствах ничего другого ему не остается. Подробно рассказывает о собственных методах лечения, к которым относит самопознание, изучение музыки, психиатрии, психологии. Видит цель своей жизни в служении людям, чтобы музыкотерапией добиться их интеллектуального и духовного развития, в том числе и для этого сам сочиняет музыку. Считает, что все люди, которые ведут себя криминально, являются психически больными и нуждаются в лечении в психиатрических учреждениях. Внимательно относится к своему психическому здоровью. Говорит, что с утра до вечера думает о своей несостоятельности, при этом рассказывает, что проводя время в стационаре, с удовольствием занимается музыкотерапией с другими пациентами. Тяготится непониманием со стороны родителей. С ними вынужден быть недостаточно откровенным, так как опасается неверной интерпретации своего состояния. Сон с трудностями засыпания, с частыми пробуждениями. Аппетит не изменен. Бред и обманы восприятия выявить на момент осмотра не удаётся. Суицидальные мысли и намерения отрицает.

Динамика состояния:

С первых дней освоился в отделении, нашел общий язык с соседями по палате, держался доброжелательно, был вежлив, однако сам к контакту не стремился. В течение месяца, при повышении доз haloperidoli до 30 кап и sertralini до 100 мг/сут, удалось добиться лишь незначительной положительной динамики в виде улучшения качества сна. В состоянии по-прежнему сохранялся сниженный фон настроения без выраженной суточной динамики. Отмечались не ярко выраженные явления акатизии, которые редуцировались после введения в схему лечения 2 мг biperideni. Было проведено 20 сеансов ТМС с проекцией на левую префронтальную область коры головного мозга, однако улучшения в состоянии пациента добиться не удалось. Была произведена замена sertralini на clomipramine, что также не принесло ожидаемого эффекта. В состоянии пациента оставалась преобладать тоска и подавленность, связанная с бесперспективностью будущего, отсутствием работы и семьи. Продолжал внимательно относиться к своему психическому здоровью, с фиксацией на нарушениях мышления, под которыми подразумевал трудности усвоения текста. Несмотря на это в многочисленных беседах с врачами когнитивных нарушений не выявлялись. Проводя время в стационаре, больной с удовольствием занимался музыкотерапией с другими пациентами, что по его словам: «придавало сил в борьбе с болезнью». Лишь на комбинации trifluoperazini, quetiapini, venlafaxini, amithriptylini постепенно дезактуализировались идеи о нарушении мышления (которые по утверждению больного якобы имеют место в его клинической картине) на фоне выравнивания настроения, уменьшения степени выраженности тревоги. Нормализовался сон. Однако по-прежнему сохранялись планы в дальнейшем разрабатывать методику психотерапии с применением классической музыки. Переживал о неустроенности личной жизни и профессиональной нереализованности, но был решительно настроен после выписки приступить к поискам работы. За время стационарного лечения в домашних отпусках встречался с прежними друзьями, с которыми учился в колледже. Был рад, что за время госпитализации приобрёл новых друзей, с которыми был настроен поддерживать отношения и после выписки. Суицидальные мысли и намерения на момент выписки отрицал. Выписывался с положительной динамикой в состоянии. Строил реальные планы на будущее. На приём поддерживающей терапии (quetiapini 150-150-0-600 мг; trifluoperazini 10-10-10 мг; venlafaxini 0-150-0 мг; amithriptylini 50-50-0-100; biperiden 2 мг утром) был настроен. При выписке были выданы рецепты в городскую сеть. Работоспособность восстановлена полностью. Было рекомендовано консультативное наблюдение врачом-психиатром.

После выписки из ФГБНУ НЦПЗ вернулся в Махачкалу. Фон настроения оставался средним, уровень активности также был достаточно высоким. Вопреки рекомендациям, спустя 9 месяцев после выписки из нашего центра постепенно прекратил прием поддерживающей медикаментозной терапии и наблюдение у психиатра по месту жительства. Постепенно в течение полугода прежние жалобы вернулись в полном объеме. Стал отмечать тревогу, выраженную в течение всего дня, неуверенность в себе. Беспокоило расстройство концентрации внимания, растерянность, которые мешали сосредоточиться во время разговора или чтения. Боялся, что в беседе внезапно может потерять нить повествования. Нарушился сон. Не работал, много времени проводил в своей комнате, продолжал записывать сочиненную музыку. Тяготился неустроенностью личной жизни, профессиональной сферы. Избегал лишнего общения. С родителями не делился своими мыслями, стремился скрыть истинное состояние за показным весельем. О своих переживаниях рассказывал одному-двум своим близким друзьям, говорил, что устал так жить. Не искал помощи, считал, что лечение не принесет желаемого результата. В январе 2017 года совершил завершённый суицид.

Анализ наблюдения:

Состояние больного определялось наличием затяжного депрессивного состояния, протекающего с дисгармоничностью аффективной триады с превалированием идеаторного компонента, наряду со слабой выраженностью моторного и отчетливой атипией тимического компонента, носящих характер идеомоторной диссоциации. К устойчивым психопатологическим образованиям в статусе больного следует отнести присутствие сверхценных расстройств, структура которых была представлена идеями реформаторства, сформировавшихся на основании реальных, имеющих место способностей больного, получивших особую трактовку, не соответствующую их значению и имеющих для пациента преобладающее, доминирующее значение с их относительно продуктивной разработкой. На высоте депрессивного аффекта данные сверхценные образования могли приобретать тенденцию к дальнейшему расширению и достигать уровня сверхценного бреда, с постепенной редукцией критического отношения. Затем вне зависимости от выраженности и динамики депрессивного аффекта отмечалась трансформация сверхценного бреда в сверхценное расстройство. Наряду с этим, в статусе фиксировались явления моральной ипохондрии с убежденностью в наличии психической патологии, достигающие сверхценного уровня, субстратом для формирования которого становились субъективно констатируемые когнитивные нарушения в виде трудностей сосредоточения и усвоения материала, обнаруживающие связь с аффективными расстройствами и коррелирующие с глубиной и интенсивностью депрессии.

Начало заболевания следует отнести к подростковому возрасту (12 лет) когда на фоне изменения интенсивности учебных нагрузок, впервые появились расстройства гипотимического полюса циклотимического уровня и патологические эпизоды в виде утрированной рефлексии, сензитивности, повышенным вниманием к собственным способностям с утрированной склонностью к узконаправленной деятельности с формированием пессимистического мировоззрения на основании экзистенциальных размышлений о цели и смысле жизни.

С возраста 16 лет эмоционально значимые интересы постепенно выходят на первый план среди ценностных категорий, что приводит к формированию определенных специфических приоритетов, находивших отражение в творческой деятельности. На фоне присоединения субдепрессивных фаз происходит последовательная разработка идей о создании особых музыкальных произведений, влияющих и изменяющих психическое состояние с их последующим расширением, с включением отдельных метафизических размышлений о смысле жизни и ценности существования с структурированием сверхценных построений в форме разработанной системы «особого интеллектуального и духовного развития за счет использования связи искусства и науки». Пессимистические построения, оставаясь основой мировоззрения, приобретали в этот период устойчивый, неотвязный характер.

Манифестацию можно отнести к возрасту 20-и лет, когда на фоне эмоционально значимой психотравмирующей ситуации развилось депрессивное состояние, сопровождавшееся актуализацией сверхценных идей и присоединением ипохондрических идей по типу моральной ипохондрии, а также антивитаальных переживаний без формулировки каких-либо конкретных суицидальных намерений. Особенностью данного эпизода являлась диссоциация между характером депрессивного аффекта (при относительно умеренной выраженности его глубины и интенсивности) и содержанием идей.

Таким образом, структура депрессивного эпизода протекающего со сверхценными расстройствами демонстрирует гетерогенность, различающихся по соотношению выраженности и устойчивости в их картине проявлений сверхценных расстройств и депрессивного аффекта. *Так данные сверхценные образования можно отнести к группе с аффект-диссоциированным механизмом развития.*

Манифестная депрессия отличалась полиморфизмом и изменчивостью аффекта, нестойкостью и атипией компонентов депрессивной триады с постепенным их замещением особыми идеаторными пессимистическими сверхценными построениями метафизического и ипохондрического содержания. Причем следует отметить одновременное сосуществование всех этих видов с попеременным доминированием одного из них.

Психопатологический анализ заболевания позволил обнаружить различия в структуре сверхценных симптомокомплексов с выделением идей имеющих депрессивный генез

(формирующихся аффективно на фоне атипичной депрессивной триады, где выраженность моторного и тимического компонента была незначительной) и идей формирующихся на основании идеаторных пессимистических построений в зависимости от доминирующих интересов и исходя из вовлеченности характерологической аномалии в развитие состояния, протекающего с соучастием компонента нарушения влечений проявившихся в стойкой, носящей характер непреодолимости, фиксации интересов больного на воплощении собственных идей с достаточной разработкой с относительной продуктивностью в реализации убеждений.

На фоне увеличения интенсивности тимического аффекта к состоянию присоединились нестойкие идеи малоценности, при сохранении убежденности в собственном духовном и интеллектуальном превосходстве.

В преморбиде личность с истерошизоидными чертами, сензитивностью, сниженной толерантностью к воздействию неблагоприятных внешних факторов, на фоне которых возникали реакции в пределах ресурсов личности в форме стертых астено-депрессивных проявлений, инфантилизма, со склонностью к гиперболизации и фантазированию, а также интроспекцией в аспекте к односторонне направленной деятельности.

Таким образом, состояние можно квалифицировать как полиморфную депрессию, протекающую со сверхценным симптомокомплексом в рамках эндогенного процессуального заболевания с малой прогрессивностью течения процесса.