

На правах рукописи

**Гедевани Екатерина Владимировна**

**ЭНДОГЕННЫЕ ДЕПРЕССИИ С АДИНАМИЧЕСКИМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ**

**(вопросы психопатологии, клиники и дифференциальной диагностики)**

14.01.06 – «Психиатрия»

(медицинские науки)

**А в т о р е ф е р а т**

**диссертации на соискание ученой степени кандидата**

**медицинских наук**

**Москва – 2016**

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

**Научный руководитель:**

Академик РАН, доктор  
медицинских наук, профессор

**Тиганов Александр Сергеевич**

**Официальные оппоненты:**

**Зражевская Инна Александровна**, доктор медицинских наук, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский университет дружбы народов", профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии факультета повышения квалификации медицинских работников

**Петрова Наталия Николаевна**, доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», заведующая кафедрой психиатрии и наркологии

**Ведущая организация:**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится 13 февраля 2017 г. в 11:00 на заседании диссертационного совета Д 001.028.01 в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья» по адресу: 115522, Москва, Каширское шоссе, дом 34

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья» <http://www.ncpz.ru>

Автореферат разослан «\_\_» декабря 2016 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета**

кандидат медицинских наук

**Никифорова Ирина Юрьевна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

**Актуальность проблемы исследования.** Значительный интерес исследователей к проблеме эндогенных депрессий вызван их широкой распространённостью и высоким уровнем психосоциальных нарушений у больных, страдающих аффективной патологией. На современном этапе развития психиатрии по-прежнему остаются открытыми вопросы систематики и нозологической оценки эндогенных аффективных состояний депрессивного спектра. Наиболее неопределенным является вопрос клинико-психопатологических особенностей эндогенных адинамических депрессий.

В работах отечественных и зарубежных психиатров можно встретить различные названия этого состояния: «анергическая депрессия» [Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н., 1988], «antriebdepression» [Weitbrecht H., 1967, Glatzel J., 1968]. Большинство исследователей, при описании адинамии, избегают самого этого понятия, используя термины «хроническая усталость», «утомляемость», «моторная заторможенность», «гиперсомния» [White P.D., Goldsmith K., Johnson A. L., Chalder T., Sharpe M., 2013; Hinshaw D.B., 2002; Marin R.S., Wilkosz P.A., 2005; Liu X., Buysse D.J., Gatzler A.L., 2007].

Многие исследователи, не выделяя адинамические депрессии в самостоятельную группу, описывают адинамический компонент в структуре простых заторможенных, меланхолических, тоскливых депрессий или ограничиваются самым общим описанием психопатологической картины данных состояний [Волошин В.М., 1980; Войцех В.Ф., 1981; Bleuler M., 1972; Martinot M.P., 2001; Razavi N., 2011; Sawa, M., 2012; Parker G., 2013].

Актуальность проблемы адинамических депрессий высока, так как довольно часто они имеют тенденцию к длительному, затяжному или хроническому течению. Тщательный психопатологический анализ адинамических депрессий, распознавание различных вариантов их течения способствует определению прогноза и выбору терапевтической тактики этих состояний. Таким образом, клинико-психопатологическая систематика,

нозологическая оценка динамических эндогенных депрессий, а также их роль в течении эндогенных заболеваний, определяющая их исход, подтверждает актуальность настоящей работы.

**Степень разработанности темы исследования.** До сих пор обсуждается вопрос нозологической дифференциации эндогенных депрессий с динамическими расстройствами, что обусловлено малым числом исследований, посвящённых изучению этого варианта депрессий. Некоторые исследователи рассматривают динамические расстройства исключительно в рамках шизофрении [Б.В. Бурба, 1987; G.E. Hogarty, 1984, Shanfield S., 1970], не сравнивая их с подобными расстройствами в структуре аффективных заболеваний. Другие расценивают динамику как проявление глубины депрессивного состояния [Пападопулос Т.Ф., 1975], или не ставят границ между динамическими депрессивными состояниями и простыми заторможенными и астеническими депрессиями [Вертоградова О.П., 2010]. Наиболее часто в научных трудах говорится о сходстве апатических и динамических депрессий. Некоторые исследователи считают динамические депрессии одной из разновидностей апатических [Дикая Т.И., 2013; Сорокин С.А., 2015]. Таким образом, аффективная природа динамических расстройств нередко ускользает от взгляда многих исследователей. В силу недостаточной изученности динамических депрессий не разработана их типологическая классификация, не определена их роль в рамках отдельных нозологических единиц.

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

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

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

**Научная новизна исследования.** В отличие от существующих ранее подходов к квалификации динамических расстройств, которые большинством исследователей не рассматривались самостоятельно [Бобров А.С.,2010; Вертоградова О.П.,1980; Шаманина В.М.,1978; Dubini A., 1997; Garg S.,2013; Muller P.,1981; Schrijvers D.,2009] в работе проведен детальный анализ динамических расстройств, являющихся самостоятельными психопатологическими образованиями.

Впервые, в отличие от используемых ранее принципов систематики [Вертоградова О.П. и соавт.,1978; Коцюбинский А.П., 2015; Краснов В.Н.,2011; Мосолов С.Н.,2008; Овсянников С.А.,Цыганков Б.Д.,2001; Ясперс К.,1997; Hamilton M.,1960; Benazzi F.,1997; Swann A.C. et al., 1999; Vollmayr V., Henn F.A.,2003; Y.Wang et al. 2008; Jiménez-Maldonado M.E. et al.,2013], были выявлены психопатологические особенности эндогенных динамических депрессий и разработана их типология.

Впервые предложено разграничение динамических депрессий на две обособленные группы: *простые динамические депрессии*, с типичной

психопатологической структурой, ограниченной аффективным уровнем расстройств; *полиморфные адинамические депрессии*, с явлениями структурной атипии, проявляющейся в дисгармоничности депрессивной триады и участием расстройств невротоподобного и субпсихотического регистра. В рамках группы, отличающейся чертами полиморфизма, были описаны не выделявшиеся ранее, «конъюгированный» и «волатильный» варианты адинамических депрессий.

В отличие от исследований, представленных по данной проблеме ранее [Тиганов А.С.,1999; Бурба Б.В.,1987], проведенное диссертационное исследование позволило обнаружить корреляции между типологическими вариантами депрессий и конкретными заболеваниями, с привлечением в качестве основного - психопатологического метода, а также использованием клинических подходов и стандартизированных оценочных критериев.

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

В отличие от предложенных ранее принципов терапии [Аведисова А.С., 2004; М.П. Андрусенко, Морозова М.А.,2001; Медведев В.Э.,2010; Музыченко А.П. и соавт.,2002; Незнамов Г.Г. и соавт.,2001; Kelly K., Posternak M., Alpert J.E., 2008; Lecrubier Y. et al., 1997; Quintin P., Thomas P.,2004; Von Logau F.,1991] в диссертационном исследовании впервые предложены новые варианты подхода к лечению, основанные на психопатологических особенностях структуры различных вариантов адинамических депрессий, с учетом их лекарственной резистентности.

**Теоретическая и практическая значимость исследования**  
Результаты исследования вносят научный вклад в развитие учения об аффективной психической патологии, и способствуют решению актуальной

для клинической психиатрии задачи, заключающейся в разработке типологии эндогенных динамических депрессий, а также установлении особенностей динамики этих состояний и течения эндогенных заболеваний, протекающих с формированием динамических депрессий. Полученные данные способствуют определению прогноза заболеваний, выбору специфической терапевтической тактики. Результаты исследования могут быть использованы при обучении, повышении квалификации врачей-психиатров и медицинских психологов. Методологические принципы, на базе которых построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-практических разработок в данной области.

Теоретико-методологическую основу составили основные положения о психопатологической картине аффективных состояний, работы, посвященные описанию клиническо-динамических особенностей эндогенных заболеваний [Снежневский А.В.,1983; Тиганов А.С, 2008; Смулевич А.Б., 2003; Пантелеева Г.П.,1999].

**Методология и методы исследования.** Настоящее исследование выполнено в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (научный руководитель – академик РАН, профессор А.С. Тиганов) ФГБНУ НЦПЗ (директор – д.м.н., профессор Т.П.Клюшник) в период с 2011 по 2016 гг. Общая когорта пациентов составила 65 пациентов (21 мужчина, 44 женщины), госпитализированных по поводу депрессии с превалированием динамических расстройств, формирующихся в рамках эндогенных заболеваний аффективного круга (25 наблюдений) и шизофрении (40 наблюдений). Всего было обследовано 65 пациентов (21 мужчина, 44 женщины). По МКБ-10 были представлены следующие рубрики: F20.0, F20.4, F 21, F31, F32, F33.

Критериями включения пациентов в исследование являлись: эндогенные депрессии, протекавшие с доминированием динамических расстройств; возраст пациентов от 18 до 65 лет; депрессии, глубина которых была умеренной и тяжелой, и обуславливала необходимость госпитализаций

(от 14 до 36 баллов по шкале Гамильтона). Критериями исключения являлись: психотические состояния на момент исследования; динамические расстройства, возникавшие эпизодически, и не определявшие в целом картину депрессивного состояния; наличие тяжелых органических поражений ЦНС, злоупотребления психоактивными веществами, соматические заболевания в стадии декомпенсации.

В соответствии с целями и задачами данного исследования применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический и статистический методы.

### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Динамические расстройства, формирующиеся в рамках эндогенных депрессий, отличаются неоднородностью, что связано с различной представленностью идеаторного, моторного и волевого компонентов адинамии. Преобладание одного из компонентов адинамии оказывает влияние на структуру депрессии. Данная особенность позволила разработать типологическую классификацию динамических депрессий.

2. Типологические варианты динамических депрессий, имеющих различный характер течения, коррелируют с конкретными нозологическими формами, что имеет непосредственное отношение к решению вопросов прогноза.

3. Определение типологической разновидности динамических депрессий, а также анализ течения заболевания, в рамках которого формируются динамические депрессии, способствует выбору дифференцированной терапевтической тактики.

**Степень достоверности и апробация результатов исследования.** Достоверность научных положений и выводов обеспечивается репрезентативностью материала, комплексной методикой обследования, включающей клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, и статистический методы, что позволило достичь



поставленных изначально задач. Результаты подтверждены статистическим анализом.

Основные положения диссертации представлены на научной конференции молодых ученых, посвященной памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского в НЦПЗ РАМН (22 мая 2013 г.). Апробация диссертации состоялась «11» июля 2016 года на межотделенческой конференции ФГБНУ НЦПЗ.

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

**Публикация результатов исследования.** Результаты исследования изложены в 8 научных публикациях (из них 2 в соавторстве), 3 статьи размещены в изданиях, рецензируемых ВАК Минобрнауки РФ.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 171 странице машинописного текста (основной текст 152 страницы, приложение 19 страниц) и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Библиографический указатель содержит 206 наименований (из них отечественных – 96, иностранных – 112). Приведено 5 таблиц и 3 клинических наблюдения.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В ходе настоящего исследования была принята во внимание концепция, в соответствии с которой разделение адинамических депрессий осуществляется согласно преобладающему типу торможения: идеаторный, моторный и смешанный варианты адинамических депрессий [Тиганов А.С., 1999; Бурба Б.В., 1987]. Психопатологический анализ адинамических расстройств проводился с привлечением описанного деления, наряду с чем

был выделен волевой компонент, который является неизменной составляющей адинамии.

Таким образом, к психопатологическим параметрам адинамии можно отнести:

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

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

- **волевой компонент** характеризующийся отсутствием способности реализации ранее намеченных действий.

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

Остановившись на выделении в настоящем исследовании волевого компонента, следует подчеркнуть, что это позволяет разграничить динамические и апатические расстройства. Практически все исследователи, занимавшиеся изучением воли и ее нарушениями [Павлов И.П.,1973;Сеченов И. М.,1952; Выготский Л. С.,1983; Басов М. Я.,2007; Крылов В.И. 2014; Salamone J.D., 2010], выделяют в волевом акте две составляющие: формирование побуждения и его реализацию. Тщательный анализ жалоб пациентов с динамическими депрессиями, в которых апатические расстройства были представлены эпизодически, и динамические расстройства играли основополагающую роль, показал именно неспособность к проявлению активности, невозможность достижения

уже сформированных целей вследствие крайней пассивности и заторможенности. Депрессии, в структуре которых присутствовали также и апатические расстройства характеризовались преобладанием волевых нарушений на этапах формирования побуждений и осознания целей, проявлениями феномена ангедонии.

Нельзя не отметить сходство адинами с явлениями астенического синдрома, заключающееся в подобии клинической картины, жалобах пациентов на вялость, слабость, как физическую, так и моральную. Однако, астенические (и астеноподобные расстройства) характеризуются повышенной утомляемостью, явлениями раздражительной слабости, астенического идеаторного ментизма, аффективной лабильностью, а также метеочувствительностью, то есть отличаются изменчивостью и сопряжены с воздействием некоторых внешних неблагоприятных факторов. Изменение интенсивности динамических расстройств не имеет четкой взаимосвязи с какими-либо внешними воздействиями, они характеризуются известной автономностью.

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

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

- 2 группа **полиморфных динамических депрессий** отличается структурной атипией, неоднородной представленностью компонентов адинами, преобладанием моторного или идеаторного компонента. Расстройства аффективного регистра в полиморфных динамических депрессиях сочетаются с расстройствами невротоподобного и субпсихотического уровней (40 человек, 61,5%).

Симптоматика **простых адинамических депрессий** (25 наблюдений, 38.5%) не выходит за рамки аффективного регистра. Глубина депрессии определяется степенью выраженности адинамических расстройств. На высоте депрессивного состояния больные отмечают невозможность реализации тех или иных действий вследствие выраженной физической вялости, потребности принять горизонтальное положение тела. Присутствуют жалобы на замедление мыслительных процессов, неспособность формирования своевременного ответа на происходящее. Частыми жалобами являются констатация труднообъяснимого препятствия к деятельности, переживание неспособности вовлечься в какие-либо виды активности. При меньшей глубине депрессии пациенты тяготятся наличием этих расстройств, считают, что должны занимать себя, чтобы не лежать, стараются активно "преодолевать бессилие". При наибольшей глубине депрессии в ряде случаев отмечается выраженное идеомоторное торможение, которое можно квалифицировать как явления депрессивного субступора.

В исследованных депрессивных состояниях адинамические расстройства не представлены изолированно, однако они характеризуются высокой интенсивностью. Ряд психопатологических расстройств тесно взаимосвязан с адинамией хронологически, меняясь лишь по степени выраженности. В соответствии с преобладающим аффектом, сопутствующим адинамии, депрессии можно разделить на апато-адинамические, тревожно-адинамические и тоскливо-адинамические. Во всех наблюдениях имеют место идеи малоценности. В ряде наблюдений идеи малоценности достигают сверхценного уровня, отмечается появление суицидальных мыслей. В большинстве депрессий имеют место астенические расстройства, представленные эпизодически. Однако, именно интенсивность адинамических расстройств определяет клиническую картину и уровень тяжести депрессивных состояний.

На протяжении простых адинамических депрессий отмечается постепенное возрастание интенсивности всех представленных расстройств и

постепенное ее угасание. Выход из депрессивного состояния осуществляется литически. В целом картина описанных динамических депрессий соответствует проявлениям классической циркулярной депрессии.

В структуре эндогенных **полиморфных динамических депрессий** (40 наблюдений, 61.5%) присутствуют расстройства иных психопатологических регистров: невротического (в виде обсессивно-фобической симптоматики и/или явлений деперсонализационного круга) и субпсихотического (в виде малосистематизированных идей отношения и преследования). Также регистрируются сенесто-ипохондрические расстройства, тяжесть которых определяется сверхценным уровнем. В отличие от простых динамических депрессий, где отчетливо представлены моторный и идеаторный компоненты, в полиморфных динамических депрессиях преобладает только один из них. На первый план выступает волевой компонент адинами, в виде пассивности и бездействия. Причину подобного бездействия пациенты назвать затрудняются, наиболее часто связывая низкую активность с мучительным чувством бессилия.

Соответственно особенностям психопатологической структуры динамических депрессивных состояний этой группы, она разделена на *конъюгированный*<sup>1</sup> и *волатильный*<sup>2</sup> варианты.

**Конъюгированный вариант** динамической депрессии (19 наблюдений) характеризуется сочетанием явлений адинами с другими психопатологическими расстройствами, в результате чего формируется устойчивый симптомокомплекс. В одних случаях наблюдается сочетание адинами с астенией или апатией и расстройствами деперсонализационного круга (деперсонализационно-динамический симптомокомплекс). В других - симптомокомплекс отличается более сложной структурой, представлен сочетанием адинами с иными аффективными радикалами, расстройствами

---

1. конъюгированный (от лат. conjugo, conjugatum - соединять) - сопряженный.  
2. волатильный (от лат. volatilis «летающий; стремительный; мимолётный») - изменчивый, неустойчивый, нестойкий.

деперсонализационного и сенесто-ипохондрического круга. Депрессивная триада при конъюгированном варианте адинамической депрессии отличается дисгармоничностью: преобладает либо моторное, либо идеаторное торможение.

Из расстройств деперсонализационного круга наиболее часто регистрируются явления моральной ипохондрии. Поведение пациентов сопровождается формированием "ограничительного" мировоззрения в виде особого распорядка дня, дозирования нагрузок, «распределения сил на выполнение необходимых дел». В соответствии с преобладанием аффективного радикала, сопутствующего адинамии, депрессии можно разделить на астено-адинамические, апато-адинамические, тревожно-адинамические и тоскливо-адинамические. При образовании симптомокомплекса адинамии с явлениями сенесто-ипохондрического синдрома и расстройствами деперсонализационного круга, при развитии тоскливо-адинамических и астено-адинамических депрессий, отмечается явное преобладание идеаторной адинамии, а также специфическая локализация сенестопатий — в области головы и грудной клетки. В этих депрессиях присутствует тоскливый аффект с явлениями витальности. В апато-адинамических и тревожно-адинамических депрессиях сенестопатии локализуются в области брюшной полости или тазовых органов, также присутствуют явления деперсонализации. В большинстве депрессий с участием ипохондрических расстройств они практически достигают бредового регистра: постепенно формируются особые концепции, связанные с наличием адинамических, сенестопатических и деперсонализационных явлений, которые трактуются пациентами как симптомы некоего невыявленного заболевания. Конъюгированный вариант полиморфных адинамических депрессий характеризуется малой изменчивостью клинической картины. Интенсивность депрессивных состояний сохраняется на одном уровне, подвергаясь лишь незначительным суточным колебаниям.

Динамика депрессивного состояния носит характер сходный с описанием хронических динамически-инертных депрессий [Дикая Т.И.,2005].

**Волатильный вариант** эндогенных полиморфных адинамических депрессий (21 наблюдение) характеризуется неустойчивостью психопатологической картины, широкой представленностью психопатоподобных расстройств истерического круга, которые придают своеобразие адинамическим расстройствам. Моторный или идеаторный компоненты адинамии, по ходу развития депрессии, проделывают определенную динамику - от достаточно высокой степени выраженности до практически полного их отсутствия. Жалобы на бессилие и трудности реализации интеллектуальной деятельности имеют место вне зависимости от того регистрируются ли адинамические расстройства объективно. На первом плане в картине депрессии - волевой компонент адинамии, в виде выраженной пассивности. Среди депрессий волатильного варианта наиболее часто регистрируются тревожно-адинамические, реже наблюдаются апато-адинамические и тоскливо-адинамические. Симптоматика депрессий определяется невротоподобными расстройствами обсессивно-фобического и деперсонализационного круга. Достаточно широко представлена конверсионная симптоматика, в том числе и конверсионная адинамия [Субботская Н.В.,2015], которая проявляется в ощущениях физической вялости и слабости, наиболее выраженной в области конечностей. В целом волатильный вариант полиморфных адинамических депрессий отличается постоянной изменчивостью как психопатологической картины, так и интенсивностью представленных в них расстройств. Депрессии подгруппы волатильного варианта носят затяжной характер.

\* \* \*

Анализ течения заболеваний, на протяжении которых отмечалось формирование исключительно **простых адинамических депрессий** (25 наблюдений, 38.5%), позволил квалифицировать их как **заболевания аффективного круга** (биполярное аффективное расстройство и

рекуррентное депрессивное расстройство по МКБ-10), что подтверждалось также наличием продолжительных ремиссий и достаточно высокими социально-трудовыми показателями.

**Простые динамические депрессии**, формировавшиеся в рамках аффективных заболеваний, протекали по типу клише. Например, если манифестная фаза была представлена апато-динамической депрессией, все повторные депрессивные состояния также являлись апато-динамическими, если манифестной являлась тоскливо-динамическая депрессия то все последующие депрессии были тоскливо-динамическими. Исключение составляли только тревожно-динамические депрессии, которым в ряде наблюдений предшествовали манифестные тревожные депрессии.

Уровень тяжести простых динамических депрессий различался и определялся, в первую очередь, степенью интенсивности динамических расстройств, а также их сочетанием с другими аффективными радикалами. Тревожно-динамические депрессии, как манифестные, так и повторные, характеризовались наибольшей тяжестью среди всех динамических депрессий. Практически все тревожно-динамические депрессии, как правило, нуждались в стационарном лечении.

**Полиморфные динамические депрессии** (40 наблюдений, 61,5%) развивались в рамках **шизофрении с приступообразно-прогредиентным типом течения**. Несмотря на отсутствие психотических приступов в некоторых наблюдениях, негативные расстройства имели место во всех наблюдениях этой группы, что проявлялось выраженными личностными изменениями, значительным снижением социально-трудовых показателей. Оценка негативных расстройств проводилась клинически, а также с учетом результатов шкал PANSS и SANS ( $\chi^2=1.681$ ,  $p<0.05$ ) и ретроспективно, при помощи тщательного анализа состояния больных в межприступном периоде.

Анализ манифестных аффективных приступов, в группе **шизофрении, протекавшей с развитием полиморфных динамических депрессий**, показал их неоднородность. Так, регистрировались динамические депрессии



с относительно простой структурой, сопоставимой с депрессивными состояниями группы аффективных заболеваний, и адинамические депрессии отличавшиеся полиморфизмом. В ряде наблюдений развивались постприступные полиморфные адинамические депрессии (4 наблюдения), которые следовали за различными по структуре приступами — аффективно-бредовыми или острым парафренным состоянием. По мере развития заболевания структура депрессивных состояний в отдельных наблюдениях часто видоизменялась: у одного больного могли развиваться тоскливо-адинамические, тревожно-адинамические, апато-адинамические или астено-адинамические депрессии.

В ходе настоящего исследования была установлена различная степень прогредиентности шизофрении, протекавшей с формированием полиморфных адинамических депрессий, что коррелировало с их типологическими вариантами. Так, полиморфные адинамические депрессии **конъюгированного варианта** развивались в рамках шизофрении с *выраженной прогредиентностью* (19 наблюдений), **волатильного варианта** - в рамках шизофрении с относительно *малой прогредиентностью* (21 наблюдение). Отличия касались и социально-трудовых показателей, более заметное снижение которых регистрировалось в группе с выраженной прогредиентностью шизофрении ( $\chi^2=12.708$ ,  $p<0.05$ ).

В большинстве наблюдений подгруппы с **выраженной прогредиентностью** уже на этапе манифестации регистрировались затяжные депрессивные состояния, характеризовавшиеся формированием устойчивого симптомокомплекса из адинамии, расстройств деперсонализационного круга и сенесто-ипохондрических явлений. В этой подгруппе на протяжении всего заболевания чаще, чем в подгруппе с малой прогредиентностью, в приступах регистрировались расстройства психотического регистра; в большинстве наблюдений встречались редуцированные формы психозов или эпизоды стертой психотической симптоматики. Имели место приступы, представленные исключительно негативными расстройствами.

Изучение течения заболевания показало увеличение продолжительности депрессивных состояний, укорочение ремиссий и видоизменение картины гипоманий при биполярном течении заболевания, которые приобретали черты смешанных аффективных состояний. Дальнейшее развитие заболевания приводило к формированию хронических полиморфных адинамических депрессий, что свидетельствовало о неблагоприятном его течении, так как сопровождалось значительным снижением социально-трудовых показателей.

В подгруппе с **малой прогрессивностью** среди манифестных депрессий преобладали депрессии простой структуры. Однако, в ходе дальнейшего развития заболевания все депрессии приобретали черты полиморфизма. Среди всех наблюдений подгруппы отмечалось преобладание тревожно-адинамических депрессий (12 наблюдений), имели место также апато-адинамические (6 наблюдений) и тоскливо-адинамические (3 наблюдения) депрессии. Особенностью депрессивных состояний являлось отсутствие постоянства психопатологической картины. Динамику депрессивных состояний можно было сравнить с калейдоскопом, в котором одни психопатологические образования сменяли другие, а их глубина имела флюктуирующий характер. Интенсивность самих адинамических расстройств и представленность отдельных компонентов адинами так же отличались непостоянством. Обращала на себя внимание выраженность психопатоподобных расстройств, которые проявлялись истерическими и возбудимыми чертами, а также антисоциальным поведением.

В данной подгруппе в течение заболевания отмечалась тенденция к нарастанию интенсивности психопатоподобных и неврозоподобных расстройств. Однако, несмотря на сохранявшиеся в ремиссиях аффективные колебания, стертые неврозоподобные расстройства и наличие личностных изменений, проявлявшихся постепенно нарастающей психопатизацией, эти изменения оказывали умеренное влияние на качество жизни пациентов. Отмечалось умеренное снижение социально-трудовых показателей.

Для терапии адинамических депрессий сформулированы рекомендации, основанные на имеющемся клиническом опыте и ранее проводимых исследованиях в ФГБНУ НЦПЗ. В соответствии с типологическими вариантами адинамических депрессий предложены специфические подходы к лечению, комбинации из различных групп препаратов, которые были расценены как наиболее эффективные.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Результаты диссертационного исследования по теме «Эндогенные депрессии с адинамическими расстройствами (вопросы психопатологии, клиники и дифференциальной диагностики)» позволили сформулировать следующие выводы:

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

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

внешних факторов; адинамические расстройства отличаются значительным постоянством.

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

3.1. Простые депрессии характеризуются типичной психопатологической структурой, равнозначной представленностью всех компонентов адинамии, их симптоматика ограничивается аффективным уровнем расстройств.

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

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

4. Адинамические расстройства наблюдаются в структуре апато-адинамических, астено-адинамических, тревожно-адинамических или тоскливо-адинамических депрессий. Наименьшей встречаемостью среди всей когорты пациентов характеризуются тоскливо-адинамические депрессии.

4.1. Среди депрессий с простой структурой в равной степени представлены апато-адинамические и тревожно-адинамические, картина которых соответствует проявлениям классической циркулярной депрессии.

4.2. Депрессии конъюгированного варианта наиболее часто обладают апато-динамической и астено-динамической структурой. Течение депрессий носит динамически-инертный хронический характер. Волатильный вариант депрессий представлен, в большинстве наблюдений, тревожно-динамическими депрессиями, которые отличаются затяжным течением.

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

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

5.2. Полиморфные динамические депрессии формируются в рамках шизофрении с приступообразно-прогредиентным типом течения, характеризующейся высокой и малой степенью прогредиентности. Несмотря на отсутствие психотических приступов в некоторых наблюдениях, негативные расстройства имеют место во всей когорте больных этой группы, что проявляется выраженными личностными изменениями, значительным снижением социально-трудовых показателей и результатами психометрических исследований.

5.2.1. Исходом заболевания с выраженной прогредиентностью является формирование хронических полиморфных динамических депрессий с динамически-инертным типом течения. Прогноз при этом типе течения шизофрении наиболее неблагоприятный, так как заболевание протекает практически безремиссионно.

5.2.2. Малая прогредиентность заболевания характеризуется формированием затяжных полиморфных адинамических депрессий. Прогностически данный вариант течения шизофрении считается более благоприятным, так как несмотря на снижение уровня качества жизни пациентов, социально-трудовые показатели ухудшаются умеренно. На протяжении заболевания отмечается формирование неполных ремиссий, в которых сохраняются адинамические, психопатоподобные и неврозоподобные расстройства.

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

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

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

6.3. Особенности структуры депрессий волатильного варианта диктуют назначение антидепрессантов сбалансированного действия, средних и высоких доз нейрорептиков, а также широкое использование препаратов

группы транквилизаторов. Наиболее часто требуется комбинация из двух нейролептиков, один из которых назначается с целью реализации стимулирующего эффекта.

**Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы:**

1. При нозологической оценке эндогенных адинамических депрессий необходимо учитывать психопатологическую структуру, определять преобладающие компоненты адинамии.

2. При определении прогноза рекомендуется рассмотрение полученных данных об особенностях формирования адинамической депрессии, ее типологической разновидности, а также об особенностях течения депрессии и эндогенного заболевания в целом.

3. Результаты проведенного исследования могут использоваться при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, медицинских психологов.

4. Методологические принципы, на базе которых построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-практических разработок в данной области.

5. На основании полученных данных возможно проведение мультицентрового клинического исследования, с расширенной выборкой, направленного на разработку четкой терапевтической тактики адинамических депрессий.

## СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Гедевани Е.В. Особенности психопатологической структуры эндогенных адинамических депрессий /Е.В. Гедевани// Психиатрия.-2014.- №2.-С.32-38.
2. Гедевани, Е.В. Особенности психопатологической структуры и течения эндогенных адинамических депрессий/ Е.В. Гедевани // В сб. Психиатрия вчера, сегодня, завтра. – Кострома, 2014. - С. 34-40.
3. Гедевани Е.В. Типология эндогенных адинамических депрессий/Е.В.Гедевани//В сб. Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?, Санкт-Петербург, 2014.-С.152-154.
4. Гедевани, Е.В. Информативность количественных параметров ЭЭГ в отношении прогноза эффективности терапии эндогенных депрессий/С.А. Сорокин, Е.В. Гедевани, Е.В. Изнак//Психиатрия.-2014.- № 3.-С.62.
5. Гедевани, Е.В. Особенности течения эндогенных заболеваний аффективного круга, протекающих с формированием адинамических депрессий /Е.В. Гедевани//В сб. Медицинская наука: достижения и перспективы. – Москва, 2014. - С.294-300.
6. Гедевани, Е.В. Клинико-иммунологические аспекты эндогенных адинамических депрессий /Н.В.Субботская, Е.В. Гедевани, З.В.Сарманова, Л.В.Андросова//Психиатрия. 2014.- № 3. -С. 65.
7. Гедевани, Е.В. Проблемы определения феномена адинамии и роли адинамических расстройств в структуре эндогенных депрессий /Е.В. Гедевани// Психиатрия.-2016.-№1.-С.71-79.
8. Гедевани Е.В. Клинико-психопатологические особенности эндогенных адинамических депрессий /Е.В. Гедевани// Психиатрия.-2016.- №3 (сдана в печать).