

На правах рукописи

Чуркина Анна Михайловна

**ФАЗНЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ЛИЧНОСТЕЙ
ГИПЕРТИМНОГО КРУГА (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ,
ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)**

3.1.17–Психиатрия и наркология (медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2023

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

Научный руководитель:
доктор медицинских наук

Бархатова Александра Николаевна

Официальные оппоненты:

Аведисова Алла Сергеевна - доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отдел терапии психических и поведенческих расстройств, руководитель.

Усов Григорий Михайлович - доктор медицинских наук, доцент, кафедра психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующий кафедрой.

Ведущая организация:

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Защита состоится 24 апреля 2023 г. в 11.00 на заседании диссертационного совета 24.1.188.01 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 «___» марта 2023 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Никифорова Ирина Юрьевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы исследования

Исследование психопатологической структуры фазных аффективных состояний у личностей гипертимного круга, учитывая их распространенность, а также определенные трудности диагностирования, актуально как для психиатров, так и для врачей других специальностей [Angst J., 1998, Гаранян Н.Г., 2009, Carvalho A.F., Firth J., Vieta E., 2020].

Диагностика гипертимных личностей до сих пор представляется непринятой и недооцененной в плане суждения о полярности аффекта. Тогда как биполярность имеет множество различных проявлений, и континуум, концептуализированный Э. Крепелиным между маниакальными и депрессивными состояниями, многогранен, современные классификационные системы пока не могут охватить его в достаточной мере [Kraepelin E., 1921, Benazzi F., Jovic J., Ninic D., Corac A. et al., 2019, Akiskal H.S., 2021].

Статистические данные о распространенности гипертимных личностей немногочисленны, что обусловлено редкими обращениями за помощью и отнесением данного состояния к особенностям характера. Это связано, с одной стороны, с социальной приемлемостью и востребованностью гипертимных личностей, с другой – субъективным ощущением комфортности, позитивности и эгосинтонности данного состояния, когда у человека не формируется потребность обращения к врачу. О высокой встречаемости гипертимных личностей упоминает в своих работах J. Angst (1998). Имеются сведения, что частота их в популяции составляет 1,2-5,4%. Однако Н. Akiskal и соавторы установили, что гипертимами являются не более 1% населения, среди которых преобладают лица мужского пола. При этом до настоящего времени отсутствовали данные о распространенности аффективных расстройств у личностей гипертимного круга. Во многом данное обстоятельство связано с тем, что благодаря самоуверенности и оптимистичности гипертимы не отличаются склонностью к самоанализу и не

считают свое состояние болезнью (по мнению H.Akiskal, характеризуются «экстремальным отрицанием»), что приводит к отказу от обращения к врачу даже при развитии депрессии.

Гипертимию принято относить к подпороговым (малым) по выраженности аффективно-личностным нарушениям [Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Мазо Г.Э., 2020]. Малые расстройства маниакального спектра изучены в меньшей степени, чем подпороговые депрессивные нарушения ввиду вышеописанных причин. Гипертимия не имеет отдельной рубрики в МКБ 10-го пересмотра. Ранее (в МКБ-9) выделялись отдельные разделы расстройств личности аффективного типа, куда наряду с гипотимным вариантом включался и гипертимный тип (код 301.1); также присутствовала рубрика гипомании в разделе аффективных психозов (код 296.02). Однако в МКБ-10 рубрики аффективных расстройств личности фактически перекалифицировались и стали соответствовать циклотимии (F34.0) и дистимии (F34.1), т.е. хроническим аффективным расстройствам. Основанием для этого, видимо, стала тенденция к формированию и укреплению взглядов на аффективную личностную патологию как на континуальную концепцию в рамках малого биполярного расстройства [Ghaemi S.N., Angst J., 2022]. В устранении существующего диагностического дисбаланса в МКБ-10 значительно продвинулись разработчики МКБ-11, выделяя в специальную диагностическую рубрику БАР II типа с хотя бы одним гипоманиакальным эпизодом в анамнезе наряду с одним депрессивным [Reed G.M., First M.B., Kogan C.S., 2019]. Тогда, как H.S. Akiskal и соавторы в начале XXI столетия говорили о необходимости включения всех уровней маниакального спектра в оценку распространенности БАР и о недоброкачественности субсиндромальных маниакальных расстройств.

Обобщение данных научных публикаций подтверждает актуальность проведения многоаспектного исследования фазных аффективных состояний у личностей гипертимного круга.

Степень разработанности темы исследования

Большинство современных исследований не уделяет внимание формированию аффективных фаз у гипертимов, что, вероятно, связано с отсутствием гипертимного расстройства личности в систематике болезней. Существует, однако, большое количество работ о гипертимии, в которых она рассматривается в рамках субсиндромального течения аффективных расстройств [Stark K.W., 1844, Wernicke C., 1900, Kretschmer E., 1924, Ганнушкин П.Б., 1933, Leonhard K., 1976, Doran C., 2008, Akiskal H.S., 2019] или как характерологическая особенность, не несущая в себе негативного воздействия на психическое здоровье личности [Van Deventer J., 1895, Schneider K., 1928, Случевский И.Ф., 1957, Личко А.Е., 1977, Dogan B., Akyol A., 2018, Oniszczenko W., Stanisławiak E., 2020].

Также стоит отметить, что существует большое количество работ, посвященных коморбидному течению аффективных и личностных расстройств [Смулевич А.Б., 2009, Дубницкая Э.Б., Читлова В.В., 2012, Усов Г.М., Чумаков Е.М., Чарная Д.И. и др., 2021], однако в этих исследованиях не уделяется достаточного внимания лицам гипертимного круга.

Остаются неизученными особенности клинической картины и закономерности развития фазных аффективных состояний у гипертимных личностей, отсутствуют критерии прогностической оценки. Помимо этого, требуется уточнение нозологической оценки фазных аффективных состояний у гипертимов, протекающих в рамках аффективных и личностных расстройств.

Не изучены патопсихологические и нейробиологические характеристики при формировании аффективных фаз у лиц из круга гипертимных. Также остаются неразработанными алгоритмы терапии аффективных состояний у гипертимных личностей с учетом современных психофармакологических препаратов и социореабилитационных методик.

Таким образом, сложность диагностики аффективных фаз у гипертимов и нозологического разграничения, отсутствие детального изучения клинико-

психопатологической структуры с выявлением критериев для прогностической оценки, нерешённые вопросы подбора терапии обуславливают важность и необходимость проводимого исследования

Цель настоящего исследования – установление клинко-психопатологических, патопсихологических и нейробиологических особенностей, а также аспектов терапии фазных аффективных состояний у лиц с чертами из круга гипертимных в преморбиде.

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

1. Изучить феноменологические и психопатологические особенности аффективных фаз у лиц из круга гипертимных;
2. Разработать клиническую типологию указанных состояний;
3. Исследовать структуру преморбидной гипертимии с учетом интеракции патологии личности и формирующихся аффективных фаз, выявить прогностическое значение и влияние на функциональный и профессиональный исходы;
4. Определить клинко-динамические и клинко-катамнестические характеристики фазных аффективных состояний, протекающих у личностей гипертимного круга;
5. Изучить нейробиологические и патопсихологические характеристики лиц из круга гипертимных с развившимися аффективными фазными состояниями;
6. Разработать терапевтические стратегии фазных аффективных состояний у гипертимов.

Научная новизна

Впервые в исследование включена сплошная выборка пациентов с гипертимными личностными чертами и развившимися аффективными фазными состояниями, проходящих амбулаторное или стационарное лечение в ФГБНУ НЦПЗ. Определены наиболее распространенные

психопатологические варианты с установлением их взаимосвязи, значимой для прогностической оценки.

Разработанная типология аффективных фаз у гипертимов подтверждается результатами других исследований фазных аффективных состояний [Сосюкало О.О., 1989, McElroy S.L., Strakowski S.M., West S.A., 1997, Копейко Г.И., 2011, Аведисова А.С., 2014]. Различия в психопатологической структуре и клинических проявлениях аффективных состояний у гипертимов позволили выделить следующие типы фаз: смешанные состояния (мании с чертами смешанности, депрессии с чертами смешанности) и «двойные» мании, разделить их на подтипы.

Впервые выделены 4 варианта гипертимии – тревожно-гипертимный, истеро-гипертимный, шизоидно-гипертимный и "эталонный". Выявлена взаимосвязь между вариантом гипертимии и формированием конкретных аффективных фаз, определено, что тревожно-ипохондрические депрессии преобладают у тревожных гипертимов (78,6%), альтернирующие состояния – у шизоидных гипертимов (80%), «двойные» мании – у "эталонных" гипертимов (35,7%). У истеро-гипертимов наблюдается максимальное разнообразие аффективных фаз, преобладают тревожно-ипохондрические депрессии и астенические гипомании (по 25,7%).

Впервые выявлено, что у личностей гипертимного круга чаще всего в динамике формируется биполярное аффективное расстройство (57,4%). При всех нозологических вариантах преобладают тревожно-ипохондрические состояния. Полиморфные депрессии развиваются только у лиц с диагностированным БАР и смешанным РЛ, а состояние по типу соматоформной декомпенсации имеет место среди пациентов с циклотимией и истерическим РЛ. Маниакальные и гипоманиакальные состояния наиболее часто отмечаются у пациентов с БАР («двойные» мании – исключительно при БАР).

В отличие от других работ [Akiskal H.S., Benazzi F., 2005, Гаранян Н.Г., 2009, Аведисова А.С., Воробьев Р.В., 2014, Dogan B., Akyol A., Memis C.O.,

Sair A., Akyildiz U., Sevincok L., 2018], в настоящем исследовании было выявлено отсутствие классических депрессивных состояний, существенное преобладание смешанных аффективных эпизодов, наличие маниакальных состояний.

Также впервые проведено патопсихологическое обследование и сравнительный анализ гипертимов с аффективными фазными состояниями и пациентов без выраженных гипертимных черт и симптомами депрессии (диагностированным РДР). Результаты, полученные путем корреляционного анализа, позволяют сделать вывод о том, что гипертимию можно рассматривать в качестве психопатологического диатеза аффективной патологии.

Гипотеза о роли нейровоспаления и нейропрогрессирования в патогенезе аффективных заболеваний у личностей гипертимного круга [Modabbernia A., 2013; Munkholm K., 2013; Barbosa IG, 2014; Bauer I.E., 2017; Rowland T., 2018; Сафарова Т.П., 2020] была подтверждена в клинико-биологической части настоящего исследования. Проведенное сравнение иммунологических показателей между подгруппами пациентов (категории по шкале маний Янга) в сравнении с контрольной группой с помощью Н-критерия Краскела-Уоллиса выявило статистически значимые различия по активности лейкоцитарной эластазы, $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора и по уровню аутоантител к S100 β . Помимо этого, результаты нейроиммунологического исследования свидетельствуют, что увеличение уровня ААТ к нейроантигенам (преимущественно к ОБМ) коррелирует с выраженностью маниакальных симптомов.

Теоретическая и практическая значимость исследования

В настоящем исследовании впервые найдено решение актуальная для психиатрии задача комплексной оценки клинических проявлений и течения аффективных фазных состояний у личностей гипертимного круга, их нозологическая квалификация. Представленная оригинальная типология фазных аффективных состояний у гипертимных личностей основана на

общих характеристиках клинической картины и сосуществующей психопатологической симптоматике и вносит свой вклад в научную проблему психопатологической оценки синдромальной структуры и динамики изученных состояний.

Обнаружена взаимосвязь, подтвержденная статистически, между типом гипертимии и формирующимися фазами, а также между нозологиями и фазами, что имеет важное значение в плане диагностики и терапии. Обнаружено, что при нозологической оценке аффективных состояний у гипертимов и определении прогноза следует опираться на данные об особенностях их развития, типологической разновидности, а также клинко-динамических особенностях эндогенных заболеваний и расстройств личности в целом. При диагностике аффективных фазных состояний у гипертимных личностей необходимо учитывать, что между декларируемыми жалобами и внешним обликом пациентов возможна существенная диссоциация, затрудняющая нозологическую оценку и назначение ПФТ. Изучены нейроиммунологические особенности фазных аффективных состояний у гипертимных личностей, свидетельствующие о роли нейровоспаления в патогенезе заболевания. Разработаны алгоритмы персонифицированной психофармакотерапии аффективных фазных состояний у лиц из круга гипертимных, которые будут способствовать оптимизации оказываемой им специализированной медицинской помощи в зависимости от типологического варианта.

Методологические принципы, лежащие в основе этого исследования, могут быть использованы как в научной, так и в практической деятельности врачей-психиатров. Результаты диссертационного исследования имеют практическую значимость для организации ведения и лечения пациентов с гипертимными личностными чертами и развившимся фазным аффективным состоянием, обеспечения доступной госпитальной помощи и внебольничного наблюдения, поддерживающей терапии, мер реабилитации и помощи членам семьи с обязательным образовательным сегментом.

Методология и методы исследования

Настоящее исследование выполнено в период с 2019 по 2022 гг. в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель - д.м.н. А.Н. Бархатова) ФГБНУ «Научного центра психического здоровья» (директор – проф., д.м.н. Т.П. Ключник).

Изученная выборка сформирована из числа амбулаторных и стационарных больных женского и мужского пола с 18 до 55 лет, обратившихся за психиатрической помощью в ФГБНУ НЦПЗ в связи с аффективно-смешанным или маниакальным состоянием и обладающие гипертимными характерологическими чертами, расцениваемыми либо в рамках непосредственно аффективного заболевания (БАР, циклотимия), либо как декомпенсация расстройства личности.

Критериями включения стали:

1. Пациенты с чертами гипертимного круга и развившейся аффективной фазой с диагностированным эндогенным аффективным заболеванием или расстройством личности - выборочный метод (включались пациенты, характеризовавшие себя энергичными, активными, общительными, оптимистичными; с укорочением ночного сна до 5-6 часов в сутки);
2. Диагностические рубрики: биполярное аффективное расстройство (F31.0-F31.6); циклотимия (F34.0), расстройство личности (F61);
3. Возраст от 18 до 55 лет;
4. Наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании.

К критериям не включения были отнесены:

1. Сопутствующая психическая патология: органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-09), психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (F10-19), шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-29), умственная отсталость (F70-79);

2. Сопутствующая актуальная соматическая или неврологическая патология, затрудняющая исследование.

Критерии исключения:

1. отказ пациента от дальнейшего участия в исследовании;
2. досрочная выписка из стационара до достижения ремиссии/окончания исследования.

Общее количество обследованных – 68 пациентов (54 женщины, 14 мужчин) с гипертимными личностными чертами и наличием фазного аффективного состояния.

В работе применялись феноменологический, клинко-психопатологический, клинко-катамнестический и психометрический методы с целью определения особенностей и закономерностей клинических проявлений и течения аффективных фаз у гипертимных личностей. Для определения клинко-патогенетических особенностей применялись параклинические методы исследования (патопсихологический и нейроиммунологический). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета программ STATISTICA 1.

Исследование соответствовало принципам и положениям Хельсинкской декларации 1975 года и ее пересмотренного варианта 2000 года, одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ (протокол № 913 от 04.08.2022).

Основные положения, выносимые на защиту

1. Гипертимия сопряжена с частой трансформацией в аффективное заболевание, выступая на доманифестном этапе особым психопатологическим состоянием, а именно субсиндромальным проявлением начала течения аффективного расстройства.
2. Длительно существующее гипертимное (гипоманиакальное) состояние не бывает статичным, обнаруживает тенденцию к поступательной динамике в рамках расстройства личности (истеро-гипертимного, смешанного), либо в рамках фазной аффективной патологии (БАР, циклотимии).

3. Наличие гипертимных личностных черт исключает развитие депрессивных состояний в «чистом» виде, формирующееся аффективное расстройство или декомпенсация расстройства личности проявляется в форме аффективно-смешанного или маниакального состояния.

4. Диссоциация проявлений психопатологических компонентов аффективной триады позволяет выделить следующие, прогностически емкие, варианты аффективных фаз у личностей гипертимного круга: астеническая гипомания, ипохондрическая мания, тревожно-ипохондрическая депрессия, полиморфная депрессия, соматоформная декомпенсация, альтернирующее состояние, «двойная» мания.

Достоверность научных положений и выводов исследования обеспечивается тщательным изучением представленного материала, полученного на сплошной выборке пациентов с гипертимными личностными чертами и наличием фазного аффективного состояния (n=68); сравнительно-возрастным дизайном исследования; адекватной и комплексной методикой обследования, включающей сочетание клинико-психопатологического, клинико-динамического, психометрического, патопсихологического, нейроиммунологического и статистического методов, а также их соответствием поставленным задачам. Все это обеспечило возможность адекватного решения поставленных целей и задач и определило обоснованность результатов и следующих из них выводов.

Основные положения диссертации доложены на Научной конференции молодых ученых, посвященной памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского (Москва, 2020) – устный доклад, 5-я Костромская Всероссийская школа молодых ученых и специалистов в области психического здоровья (05-08 октября, Кострома, 2022) – постерный доклад.

Личный вклад автора в работу. Автором лично проведен поиск и анализ научной литературы по теме диссертации, оценена степень разработки проблемы исследования. Автором лично разработан дизайн исследования, сформулированы критерии включения и не включения

больных в исследование. Автором лично проведено клинко-психопатологическое и клинко-динамическое обследование и психометрическая оценка сплошной выборки из 68 пациентов с гипертимными личностными чертами и развившимся фазным аффективным состоянием. Автором лично выполнен анализ полученных результатов, создана типология аффективных фаз у гипертимов и непосредственно гипертимных личностей, проведена оценка прогностической значимости выделенных типологических разновидностей. Благодаря проведенной работе, автор лично сформулировал положения, выносимые на защиту, обосновал полученные решения, сформулировал научные рекомендации и выводы, подготовил публикации по теме исследования. Полученные результаты были оформлены автором в виде диссертационной работы.

Апробация диссертации состоялась 22 июля 2022 года на межотделенческой конференции ФГБНУ НЦПЗ.

Результаты данного исследования внедрены: в практическую работу ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер №13», ГБУЗ ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ, филиала ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер №8», «Психоневрологический диспансер № 9».

Публикация результатов исследования

Основные результаты исследования достаточно полно отражены в 8 научных публикациях, в том числе 3 из которых – в научных журналах, рецензируемых ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 217 страницах, состоит из введения, обзора литературы, главы с описанием материала и методов исследования, четырех глав по результатам собственного исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы и приложения. Список литературы включает 210

источников (из них отечественных - 70, зарубежных - 140). Основной текст диссертационной работы содержит 15 таблиц, 11 рисунков, 4 клинических наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 68 пациентов (54 женщины, 14 мужчин), в возрасте 22-55 лет (средний возраст – 39,1 год), находившихся на стационарном или амбулаторном лечении в ФГБНУ НЦПЗ. Изучение социально-демографических параметров представленной выборки показало следующее распределение: преобладающее большинство имело среднее специальное (39,7%) или высшее (50%) образование, 67,7% обследуемых были трудоустроены, что говорит в целом об удовлетворительном социальном статусе пациентов изученной выборки.

На основе клинико-психопатологической и психометрической оценки нами были выделены следующие типологические варианты аффективных фаз у гипертимных личностей: аффективно-смешанные и «двойные» мании. Аффективно-смешанные состояния были разделены на три типа: маниакальный, депрессивный, альтернирующий. Пациенты, включенные в исследование, распределялись следующим образом: аффективно-смешанные – 85,3%, «двойные» мании – 14,7%, то есть в преимущественном большинстве случаев личности из круга гипертимных при развитии аффективной фазы демонстрировали смешанную симптоматику.

Таблица 1. Количественное соотношение типологических вариантов выборки

Аффективно-смешанные состояния					Альтернирующий вариант, n (%)	«Двойные» мании, n (%)	Всего, n (%)
Мании со смешанными чертами		Депрессии со смешанными чертами					
Астенические гипомании, n (%)	Ипохондрические мании, n (%)	Тревожно-ипохондрические депрессии, n (%)	Полиморфные депрессии, n (%)	Соматоформная декомпенсация, n (%)			
13 (19,1)	3 (4,4)	26 (38,2)	6 (8,8)	6 (8,8)	4 (6)	10 (14,7)	68 (100)

Мании со смешанными чертами в свою очередь подразделялись на два подтипа – астенические гипомании и ипохондрические мании. Астенические гипомании были выявлены у 19,1% обследуемых, характеризовались классическими проявлениями маниакальной триады (стойко приподнятый аффективный фон, моторное и идеаторное ускорение) с присоединением признаков депрессии в виде астеноподобных явлений – повышенной физической и психической утомляемостью, истощаемостью, некоторым снижением привычной двигательной активности. Ипохондрические мании встречались среди 8% пациентов исследуемой когорты. Для этого подтипа было свойственно наличие признаков моторной и идеаторной активации, несколько приподнятым фоном настроения, благодушием, поверхностностью суждений и оценок в сочетании с тревогой, которая проявлялась в чрезмерном внимании к своему здоровью.

Депрессии со смешанными чертами были разделены на три подтипа – тревожно-ипохондрические депрессии, полиморфные депрессии и соматоформные декомпенсации. 38,2% обследуемых демонстрировали проявления по типу тревожно-ипохондрической депрессии, которая характеризовалась несколько сниженным аффективным фоном, повышенной двигательной активностью, ассоциативным ускорением, а также наличием выраженной тревоги как немотивированной, так и конкретной со страхом сойти с ума, формирования инвалидизирующего психического или соматического заболевания. Полиморфные депрессии выявлялись среди 8,8% пациентов с гипертимными чертами. Им были свойственны признаки двигательного торможения, тимический компонент в основном проявлялся апато-адинамическими, анестетическими нарушениями, тревогой, а также невротоподобными (деперсонализационные и обсессивно-фобические, элементарные сенестопатии по типу дизсенестезий) и психопатоподобными проявлениями (оппозиция к окружающему, стремление к самоутверждению, физический и моральный инфантилизм, конверсионные расстройства, влечение к алкоголю, наркотикам). Проявления соматоформной

декомпенсации выявлялись у 8,8% обследуемых. При этом варианте аффективно-смешанных состояний в качестве изолированной ведущей симптоматики имели место вегетативные конверсионные расстройства на фоне «вторичной» тревожно-ипохондрической субдепрессии.

Альтернирующие состояния характеризовались частой (в течение суток или часов) пароксизмальноподобной сменой фаз, которые были представлены отдельными (или в полном объеме) составляющими депрессивной и маниакальной триады, встречались среди 6% обследуемых. Инверсия полюса происходила без периодов эутимии. В процессе смены полярности аффекта практически всегда имело место запаздывание того или иного компонента аффективной триады, в связи с чем непродолжительное время отмечалось сочетание фаз обоих полюсов, придавая ярко-выраженный оттенок смешанности и создавая впечатление о возможном наличии у пациентов аффективно-смешанного состояния депрессивного или маниакального типов.

«Двойные» мании развивались за счет углубления конституционального приподнятого аффекта, свойственного личностям гипертимного круга. Наблюдались у 14,7% пациентов, которые демонстрировали страсть к нерациональным покупкам, оформлению кредитов, перемене мест, порывы к творческой деятельности, склонность к употреблению алкоголя, развитие бредовых состояний, конгруэнтных аффекту (экспансивный, любовный бред, психопатоподобные идеи отношения на фоне раздражительности). Состояние характеризовалось структурой простой веселой, гневливой или психопатоподобной мании.

Также в процессе обследования пациентов нами были выделены 4 варианта гипертимии: тревожно-гипертимный, истеро-гипертимный, шизоидно-гипертимный и "эталонный". Большинство представителей выборки были отнесены к истеро-гипертимному (51,4%) типу. Наличие эмоционально-неустойчивых черт у истеро-гипертимов и шизоидных гипертимов, амальгамирование истерических и шизоидных черт у

гипертимов-шизоидов, а также тревожных и гипертимных черт у тревожно-гипертимных позволило говорить о серьезной дисгармоничности гипертимного личностного склада. Именно в связи с этим гипертимия может быть рассмотрена в качестве предиктора дальнейшей клинико-нозологической трансформации с развитием аффективной фазы и обращением за медицинской помощью.

При квалификации диагнозов согласно МКБ-10 большая часть обследуемых рассматривалась в рамках рубрики расстройств настроения (F3) – 78% (БАР, циклотимия), а также расстройств личности и поведения в зрелом возрасте (F6) – 22% (истерическое и смешанное РЛ).

При соотнесении типологических вариантов аффективных фаз и нозологий были получены следующие результаты: у гипертимов, страдающих БАР, на момент обследования наблюдались оба варианта аффективных фаз – аффективно-смешанные (15,4% - астенические гипомании, 7,7% - ипохондрические мании, 30,8% - тревожно-ипохондрические депрессии, 10,3% - полиморфные депрессии, 10,3% - альтернирующие состояния) и «двойные» мании (25,5%). При диагностированной циклотимии встречались аффективно-смешанные состояния (28,6% - астенические гипомании, 57,1% - тревожно-ипохондрические депрессии, 14,3% - соматоформные декомпенсации). Фазы пациентов с БАР и циклотимией имели аутохтонный характер, зачастую наблюдалась осеннее-зимняя сезонность, отмечались длительные ремиссии (до 10 лет) высокого качества с сохранением социальной и трудовой адаптации.

В случаях, когда формирование аффективной фазы рассматривалось в рамках декомпенсации РЛ, также отмечалось развитие исключительно смешанных состояний. При истерическом РЛ имели место астенические гипомании (6,7%), тревожно-ипохондрические депрессии (26,7%), соматоформные декомпенсации (26,7%). Декомпенсация смешанного РЛ проявлялась в виде астенической гипомании (13,3%), тревожно-

ипохондрической депрессии (13,3%), полиморфной депрессии (13,3%). Формирование аффективных фаз в большинстве случаев было связано с психогенной провокацией, имели место непродолжительные ремиссии, но также с сохранением высокого уровня социально-трудовой адаптации.

Проведенное патопсихологическое обследование показало, что гипертимный тип личности может считаться как предиктором, так и действующим по мере развития аффективного заболевания фактором. Гипертимия может рассматриваться как крайняя степень выраженности аффективного темперамента и как аффективно-личностное нарушение в рамках тяжёлой аффективной патологии. Помимо этого, гипертимия формирует единый психопатологический континуум с биполярным аффективным расстройством. При этом между гипертимией и рекуррентным депрессивным расстройством подобных связей не обнаружено.

Результаты нейроиммунологического обследования свидетельствуют, что увеличение уровня ААТ к нейроантигенам (преимущественно к ОБМ) коррелирует с выраженностью маниакальных симптомов. После проведенной терапии у пациентов активность ЛЭ и $\alpha 1$ -ПИ, а также уровень ААТ к S100 β оставались повышенными относительно значений в контрольной группе ($p < 0,001$, $p < 0,001$, и $p = 0,033$ соответственно), что может говорить о четкой взаимосвязи между гипертимными личностными чертами и развитием аффективных фазных состояний.

Для терапии личностей гипертимного круга с целью купирования аффективных проявлений эмпирически была установлена необходимость наличия в схеме нормотимических препаратов или их комбинации. Отдавалась предпочтительность сбалансированным и седативным антидепрессантам из группы СИОЗС, СИОЗСН, мirtазапина, узкий спектр использования ТЦА; сочетание седативных и стимулирующих атипичных антипсихотиков второго и третьего поколений, их комбинация или последовательная смена; необходимость назначения антипсихотика первого поколения при терапии альтернирующих состояний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования, основанные на изучении репрезентативной клинической когорты (68 наблюдений), позволяют сформулировать следующие выводы:

1. Фазные аффективные состояния, формирующиеся у лиц из круга гипертимных в рамках аффективных расстройств и расстройств личности, имели значительную гетерогенность как психопатологической картины, так и клинических проявлений в закономерностях течения и динамике.
2. У личностей гипертимного круга формировались два варианта аффективных фаз – аффективно-смешанные и маниакальные. Формальными критериями разделения по полюсу аффекта стали преобладание выраженности проявлений психомоторной активации (ускоренность мышления, многоречивость, гиперактивность, оптимистичный настрой и жизнерадостность) над психомоторным торможением и субъективная оценка пациентом гипотимической составляющей аффекта. Различия в психопатологической структуре и клинических проявлениях аффективных состояний у гипертимов позволяют выделить следующие типологические варианты фаз:

Аффективно-смешанные состояния

2.1.1. Мании со смешанными чертами

- астенические гипомании – состояния, характеризующиеся классическими проявлениями маниакальной триады с присоединением признаков депрессии в виде астеноподобных явлений – повышенной физической и психической утомляемости, истощаемости, снижения привычной двигательной активности;
- ипохондрические мании – состояния, проявляющиеся наличием маниакальной триады в сочетании с тревогой в виде чрезмерного внимания к своему здоровью (диффузные ипохондрические образования навязчивого и/или сверхценного уровня с различными

простыми фабулами по типу ипохондрии здоровья, ипохондрии сна, моральной ипохондрии).

2.1.2. Депрессии со смешанными чертами

- тревожно-ипохондрические депрессии – состояния, в рамках которых выявляются снижение аффективного фона при сохранении идеомоторной активности, а также наличие выраженной тревоги как немотивированной, так и конкретной со страхом сойти с ума, формирования инвалидизирующего психического или соматического заболевания;
- полиморфные депрессии – состояния, характеризующиеся признаками двигательного торможения и ассоциативного ускорения, невротоподобными (деперсонализационные и обсессивно-фобические, элементарные сенестопатии по типу дизсенестезий) и психопатоподобными проявлениями (оппозиция к окружающему, стремление к самоутверждению, моральный инфантилизм, конверсионные расстройства, влечение к алкоголю, наркотикам).
- соматоформные декомпенсации – состояния, при которых имели место вегетативные конверсионные расстройства на фоне «вторичной» тревожно-ипохондрической субдепрессии.

2.1.3. Альтернирующий подтип, который характеризовался частой (в течение суток или часов) пароксизмальноподобной сменой фаз, представленных отдельными (или в полном объеме) составляющими депрессивной и маниакальной триады.

2.2. «Двойные» мании – состояния, развивающиеся за счет углубления конституционального приподнятого аффекта, свойственного личностям гипертимного круга и проявляющиеся составляющими маниакальной триады с формированием структуры простой веселой, гневливой или психопатоподобной мании.

В ходе анализа клинико-психопатологических особенностей аффективных фаз у личностей гипертимного круга было установлено, что аффективно-

смешанные состояния существенно преобладают (85,3% обследуемых по сравнению с 14,7% пациентов с проявлениями по типу «двойной» мании), причем чаще всего среди них наблюдаются состояния депрессивного типа тревожно-ипохондрической структуры (38,2%).

3. По результатам клинико-anamnestического обследования выделено четыре типа преморбидной гипертимии: тревожно-гипертимный, истеро-гипертимный, шизоидно-гипертимный и «эталонный». Разработанная классификация гипертимии выявляет преобладание истеро-гипертимного типа (51,4%); лишь 20,6% пациентов можно отнести к "эталонным" гипертимам. Установленные корреляции гипертимных личностей и вариантов динамики выявляют преобладание тревожно-ипохондрических депрессий у тревожных гипертимов (78,6%), альтернирующих состояний у шизоидных гипертимов (80%), двойных маний у "эталонных" гипертимов (35,7%), а истеро-гипертимы демонстрируют максимальное разнообразие аффективных фаз, среди которых преобладают тревожно-ипохондрические депрессии и астенические гипомании (по 25,7%). Отсутствие монополярных депрессивных фаз у гипертимов косвенно может подтверждать гипотезу о том, что гипертимия является субсиндромальным аффективным расстройством и предиктором развития расстройств биполярного спектра.

4. Анализ нозологической принадлежности фазных аффективных состояний у гипертимов показал, что данные расстройства встречаются в рамках следующих заболеваний:

4.1. Биполярное аффективное расстройство (F31)

4.2. Циклотимия (F34)

4.3. Расстройство личности (F6)

Течение аффективных заболеваний и личностных расстройств у гипертимов протекает относительно благоприятно, учитывая сохранение высокой социальной и трудовой адаптации, длительных ремиссий (преимущественно у пациентов с диагностированными БАР и

циклотимией), однако имеет место тенденция к затяжному и, в некоторых случаях, хроническому течению заболевания, что, вероятно, связано с характерологическими особенностями и патологическим отрицанием болезни.

Сопоставление нозологических форм и типологических вариантов аффективных фаз у гипертимов обнаружило существенные отличия, которые имеют дифференциально-диагностическое и прогностическое значение.

5. Патопсихологическое исследование пациентов с аффективными фазами подтвердило наличие у них гипертимных характерологических черт, а результаты, полученные путем корреляционного анализа, позволяют сделать вывод о том, что гипертимию можно рассматривать в качестве психопатологического диатеза аффективной патологии.

Также были выявлены особенности динамики спектра иммунных показателей (ЛЭ, $\alpha 1$ -ПИ, АТ к НА S100-B и ОБМ) у изученных пациентов. Повышение активности медиаторов воспаления (активность лейкоцитарной эластазы и $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора) и повышенный уровень аутоантител к нейроантигену S100-B как в период наличия аффективных симптомов, так и в процессе формирования ремиссии может свидетельствовать о патогенетическом родстве гипертимии и аффективной патологии.

6. Терапевтическая тактика личностей гипертимного круга с аффективными фазами включала обязательное введение в схему ПФТ атипичного нейролептика и препарата из группы стабилизаторов настроения (или комбинации двух препаратов). Назначение антидепрессантов было целесообразным не для всех пациентов, зачастую препараты этой группы применялись коротким курсом и не присутствовали в схеме поддерживающей терапии.

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

1. При нозологической оценке аффективных состояний у гипертимов и определении прогноза следует опираться на данные об особенностях их развития, типологической разновидности, а также клинико-динамических особенностях эндогенных заболеваний и расстройств личности в целом.
2. При диагностике аффективных фазных состояний у гипертимных личностей необходимо учитывать, что между декларируемыми жалобами и внешним обликом пациентов возможна существенная диссоциация, затрудняющая нозологическую оценку и назначение ПФТ.
3. Наличие гипертимных личностных черт является возможным предиктором формирования фазных аффективных расстройств, требует повышенного внимания и своевременной диагностики.
4. Результаты проведенного исследования могут использоваться при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, медицинских психологов.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК:

1. Чуркина А.М. Личности гипертимного круга: эволюция взглядов на концепцию и патокинез / А.М. Чуркина, Н.В. Субботская // Психиатрия. – 2021. – № 19(1) – С.102-110.
2. Чуркина А.М. Клинико-динамические особенности течения аффективных заболеваний и расстройств личности у лиц из круга гипертимных/ А.М. Чуркина // Психическое здоровье. – 2022. – № 17(8). – С. 44-50.
3. Чуркина А.М. Клинико-психопатологическая структура аффективных фаз при психических заболеваниях аффективного спектра у гипертимных лиц / А.М. Чуркина // Психиатрия. – 2022. – 20(3, вып.2) – С. 49-50.

**Статьи в других периодических изданиях,
тезисы, представленные на конференциях:**

1. Чуркина А.М. Психопатологическая структура фазных состояний у гипертимных личностей / А.М. Чуркина, Н.В. Субботская // Сборник тезисов конференции «Патогенез, диагностика и лечение психических расстройств: шаги вперед». – Москва, М: «СИНАПС». – 2019. – С.16-18.
2. Чуркина А.М. Психопатологическая структура фазных аффективных состояний у гипертимных личностей / А.М. Чуркина, Н.В. Субботская // Материалы Всероссийской конференции молодых ученых, посвященной памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского, 9 октября 2020 года: Сборник научных трудов. – Москва, М.: «САМ полиграфист». – 2020. – С. 69- 73.
3. Чуркина А.М. Типология гипертимных личностей с фазными аффективными состояниями / А.М. Чуркина, Н.В. Субботская // тезисы опубликованы в сборнике материалов XVII Съезда психиатров России. – 2021. – С. 99-101.
4. Чуркина А.М. Корреляции типов гипертимных личностей и психопатологических вариантов фазных аффективных состояний (динамика гипертимии) / А.М. Чуркина, Н.В. Субботская // тезисы опубликованы в сборнике материалов XV Всероссийской Школы молодых психиатров "Суздаль-2021". – 2021. – С. 419-421.
5. Чуркина А.М. Результаты патопсихологической диагностики личностей гипертимного круга с аффективными фазами / А.М. Чуркина, Н.В. Субботская, А.В. Устенко // тезисы опубликованы в сборнике материалов конференции «Новый мир – Планета психотерапии». – 2021. – С. 237-239.