

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

На правах рукописи

Чуркина Анна Михайловна

**ФАЗНЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ
У ЛИЧНОСТЕЙ ГИПЕРТИМНОГО КРУГА**
(клинико-психопатологические, патопсихологические,
нейробиологические характеристики и терапевтические аспекты)

Специальность: 3.1.17–Психиатрия и наркология (медицинские науки)

Диссертация
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель –
доктор медицинских наук
А.Н. Бархатова

Москва – 2023

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1. Обзор литературы.....	14
1.1. Становление концепции гипертимии как единого континуума БАР...15	
1.2. Формирование взглядов на гипертимию как единый континуум темперамента / личностной патологии.....	20
1.3. Формирование представлений об аффективных расстройствах.....	26
Глава 2. Методы исследования и характеристика материала.....	31
2.1. Методики исследования и критерии отбора.....	31
2.2. Общая характеристика материала	32
2.3. Методы исследования.....	34
Глава 3. Феноменологические и психопатологические характеристики фазных аффективных состояний у гипертимных личностей. Типология гипертимии.....	44
3.1. Аффективно-смешанные состояния у личностей гипертимного круга.....	45
3.1.1. Мании со смешанными чертами.....	45
3.1.2. Депрессии со смешанными чертами.....	50
3.1.3. Альтернирующий вариант.....	57
3.2. «Двойные» мании у гипертимных личностей.....	59
3.3. Типология гипертимных личностей с фазной аффективной динамикой.....	62
3.3.1. Тревожно-гипертимный тип и его динамика в рамках аффективных состояний.....	63
3.3.2. Истеро-гипертимный тип и его динамика в рамках аффективных состояний	65
3.3.3. Шизоидно-гипертимный тип и его динамика в рамках аффективных состояний	67

3.3.4. «Эталонный» гипертимный тип и его динамика в рамках аффективных состояний	69
Глава 4. Клинические особенности фазных аффективных состояний у гипертимных личностей в рамках непсихотических форм эндогенных заболеваний и расстройств личности.....	72
4.1. Клинические особенности БАР у гипертимных личностей.....	74
4.1.1. Аффективно-смешанные состояния у гипертимных личностей с диагностированным БАР.....	75
Наблюдение 1.....	78
4.2.2. «Двойные» мании у гипертимных личностей с диагностированным БАР.....	87
Наблюдение 2.....	88
4.2. Клинические особенности циклотимии у гипертимных личностей.....	100
Наблюдение 3.....	101
4.3. Клинические особенности декомпенсации РЛ у гипертимов.....	112
Наблюдение 4.....	114
Глава 5. Патопсихологическое и нейроиммунологическое исследование гипертимных личностей с фазными аффективными состояниями.....	125
5.1. Результаты патопсихологического исследования.....	125
5.2. Результаты нейроиммунологического исследования	149
Глава 6. Основные подходы к терапии аффективных фазных состояний у гипертимных личностей.....	153
Заключение.....	161
Выводы.....	169
Практические рекомендации.....	173
Список сокращений и условных обозначений.....	174
Список литературы.....	175
Приложение 1.....	189
Приложение 2.....	196

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы и степень ее разработанности

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 [12,26,96].

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 [28,103,142].

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 J.Angst [95,96]. Имеются сведения, что частота их в популяции составляет 1,2-5,4% [18,122]. Однако Н. Akiskal и соавторы установили, что гипертимами являются не более 1% населения, среди которых преобладают лица мужского пола [77]. 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 Н. Akiskal, характеризуются «экстремальным отрицанием»), что приводит к отказу от обращения к врачу даже при развитии депрессии [84].

Гипертимию принято относить к подпороговым (малым) по выраженности аффективно-личностным нарушениям [6,25,37]. Малые расстройства маниакального спектра изучены в меньшей степени, чем подпороговые депрессивные нарушения ввиду вышеописанных причин [34]. 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) [32,67]. 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 [31,42]. Основанием для этого, видимо, стала тенденция к формированию и укреплению взглядов на аффективную личностную патологию как на континуальную концепцию в рамках малого биполярного расстройства [92,93,97]. 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 [185]. Тогда, как Н. 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 [75,100,102].

Степень разработки 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 [11,71,120,144,147,192,205] или как характерологическая особенность, не несущая в себе негативного воздействия на психическое здоровье личности [53,119,169,190,199].

Также стоит отметить, что существует большое количество работ, посвященных коморбидному течению аффективных и личностных расстройств [52,56,57], 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 клинко-психопатологической структуры с выявлением критериев для прогностической оценки, нерешённые вопросы подбора терапии обуславливают важность и необходимость проводимого исследования.

Цель 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.

Задачи исследования

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 клинико-динамические и клинико-катамнестические характеристики, а также аспекты терапии фазных аффективных состояний, протекающих у личностей гипертимного круга;
5. Изучить нейробиологические и патопсихологические характеристики лиц из круга гипертимных с развившимися аффективными фазными состояниями.

Научная новизна исследования

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 [5,24,61,158]. 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 [4,12,73,119], 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 [16,36] 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 клинико-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 персонафицированной 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

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

Работа основана на клинко-психопатологическом, клинко-катамнестическом, феноменологическом методах, дополненных нейробиологическим, патопсихологическим, психометрическим, исследованиями. Статистическая обработка производилась совместно с лабораторией доказательной медицины и биостатистики (руководитель лаборатории – к.т.н. Симонов А.Н.) и использованием пакета программ STATISTICA 1.

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. Присутствие 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.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Достоверность научных положений и выводов исследования обеспечивается тщательным изучением представленного материала, полученного на сплошной выборке пациентов с гипертимными личностными чертами и аффективными фазами, проходящих амбулаторное или стационарное лечение в ФГБНУ НЦПЗ (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 результаты исследования были доложены 09 октября 2020 года на ежегодной конференции молодых ученых ФГБНУ НЦПЗ, посвященной памяти А.В. Снежневского и на 5-ой Костромской Всероссийской школе молодых ученых и специалистов в области психического здоровья (05-08 октября, Кострома, 2022) – постерный доклад.

Апробация диссертационной работы состоялась 22.07.2022

Внедрение результатов исследования

Результаты данного исследования нашли применение в практической работе 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».

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационная работа соответствует паспорту научной специальности 3.1.17 – психиатрия и наркология.

Публикации по теме работы

По результатам исследования автором опубликовано 8 научных публикаций, в том числе 3 из которых – в научных журналах, рецензируемых ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации.

Личный вклад автора

Автору принадлежит ведущая роль в выборе направления исследования, анализе и обобщении полученных результатов. 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 невключения больных в исследование. Автором лично проведено клинико-психопатологическое и клинико-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.

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 и 11 рисунков.

Глава 1

Обзор литературы

Актуальная концепция гипертимии базируется на наличии в структуре личности таких черт как чрезмерная самоуверенность и оптимистичность, обилие планов, энергичность, бодрость, повышенное либидо, привычно укороченный ночной сон, раскрепощенность, излишняя красноречивость непрерывный поиск новых ощущений [72,151,152]. Четыре и более из перечисленных характеристик свидетельствуют о причастности личности к кругу гипертимных. Современные авторы также определяют гипертимию «маниакальным» темпераментом [90,133,134,179]. Под термином «темперамент» понимается индивидуальная особенность личности, определяющаяся ее активностью и эмоциональностью в их динамических проявлениях (эмоциональных реакциях, быстроте движений и мимике, темпы мыслительных операций и внимания), а не содержательными аспектами деятельности [50,62]. В свою очередь, расстройство личности – патологическое состояние, характеризующееся дисгармоничностью психического склада и представляющее собой постоянное, чаще врожденное свойство индивидуума, сохраняющееся в течение всей жизни [55,56,79,91,94]. Таким образом, гипертимия может рассматриваться и в контексте крайней степени выраженности темперамента, и как личностное расстройство.

Впервые о личностях, отличающихся повышенной жизнерадостностью, оптимистичностью, общительностью, дружелюбием упоминается еще в трудах Гиппократ (ок. 460 – 377 гг. до н.э.) [80]. Он выделял четыре типа темперамента – холерический, меланхолический, флегматический и сангвинический, что объяснял гуморальной теорией, базирующейся на преобладании в организме различных жидкостей. Сангвинический темперамент характеризовался высокой психической активностью, энергичностью, работоспособностью, подвижностью, разнообразием и богатством мимики, быстрым темпом речи. В дальнейшем на протяжении

веков гуморальная концепция темперамента оставалась ведущей, развитием учения Гиппократ о темпераменте занимались Гален, Аристотель [20]. Они описывали сангвиников общительными, эмоциональными, быстро реагирующими на окружающие события, легко приспособляющимися к новым условиям. «Его чувства легко возникают и сменяются новыми, ему свойственна выразительность, но иногда и непостоянство». В середине XVIII века А. Галлер, основываясь на трудах Гиппократ, выдвинул гипотезу, базирующуюся на качествах нервной системы (сила и возбудимость кровеносных сосудов), которую в дальнейшем развивали его ученики [124].

На протяжении столетия концепция гипертимии вызывала интерес многих выдающихся ученых, которые рассматривали ее в рамках субсиндромального течения аффективных расстройств или как характерологическую особенность, не несущую в себе негативного воздействия на психическое здоровье личности.

1.1. Становление концепции гипертимии как единого континуума БАР

Термин «гипертимия» как психопатологическое понятие был введен в 1844 году К.W. Stark и обозначался им как вариант аффективного расстройства [192]. В дальнейшем многие ученые, в частности, С. Wernicke (1900 г.), относили гипертимию к патологическому расстройству настроения – хронической мании [204,205].

Среди первых ученых, обративших внимание на темперамент как основу для развития болезни, был Е. Krepelin. Его гипотеза базировалась на наблюдении, что аффективный темперамент биологически явился результатом наследственной отягощенности маниакально-депрессивным психозом, неразвившимся в «цветущую» форму болезни. В 1896 году Е. Krepelin описал конституционально-возбужденный тип личности. Основными проявлениями этого варианта ученый считал «незначительно выраженное, но стойкое психомоторное возбуждение» и «стойко

приподнятое, беспечное настроение», а также отсутствие глубоких привязанностей, добродушие [89,142,143]. Одним из первых Е. Краепelin обратил внимание на то, что у таких личностей тяжелее протекают аффективные заболевания.

Е. Kretschmer, придерживаясь диатетической пропорции, выделял большую группу аффективных (циклотимных) личностей (1921 г.) и описывал целый ряд личностных типов: «оживленный гипоманиакальный тип», «энергичные практики», «тихий самодовольный тип» и другие [144]. Он также считал, что циклотимный темперамент находится в тесной связи с возникновением депрессивных и маниакальных состояний.

Создатель концепции малой психиатрии П.Б. Ганнушкин (1933 г.) относил «конституционально возбужденных» к группе циклоидных психопатий и характеризовал их как «людей кипучей энергии, откликающихся на все новое, энергичных и предприимчивых» [11]. Он также отмечал, что лица из этой группы «изумляют окружающих гибкостью и многосторонностью своей психики, богатством мыслей, часто художественной одаренностью, душевной добротой и отзывчивостью, а главное, всегда веселым настроением». Автор утверждал, что конституционально возбужденные, так же, как и циклотимные личности, в динамике могут трансформироваться в аффективные состояния обоих полюсов.

Основоположник отечественной генетики психических заболеваний Т.И. Юдин (1926 г.) в своем труде «Психопатические конституции», как и его предшественники, выделял группу циклоидов, которых характеризовал как веселых, общительных, добродушных, открытых [69]. Ученый говорил о наличии «неоспоримой связи» между циклоидным складом личности и развитием маниакально-депрессивного психоза.

Термин «гипертимия» в значении аффективной патологической конституции в своих трудах упоминал и Th. Ziehen (начало XX века) [210]. Гипертимию он характеризовал как «болезненную маниакальную веселость»,

подразумевая, что личностные особенности являются фактором риска аффективных заболеваний, преимущественно маний [44].

В середине XX века немецкий психиатр К. Leonhard ввел понятие «акцентуированной личности», среди которых выделял и гипертимов. Автор описывал их как оптимистичных, деятельных, творческих натур. Резкую степень проявления гипертимного темперамента он называл гипоманиакальным состоянием. К. Leonhard писал, что «безоблачная веселость, чрезмерная живость таят в себе опасность, ибо такие люди, шутя, проходят мимо событий, к которым следовало бы отнестись серьезно» [147,148]. Ученый объединил гипоманиакальный, субдепрессивный и циклотимический темпераменты в рамках общего понятия «аффективные темпераменты», указывая тем самым, что данные варианты личностной патологии могут приводить к развитию аффективных расстройств.

Выдающийся отечественный психиатр А.В. Снежневский (1983 г.) выделял аффективный тип психопатии и относил к нему личностей, которым свойственны эмоциональная лабильность, неустойчивость настроения [46]. Он подразделял данный тип на два варианта: дистимический и гипертимический. Гипертимов ученый описывал как уверенных в себе и довольных собой, оптимистичных, подвижных, «умеющих пользоваться всеми благами жизни», общительных, разносторонне одаренных. Автор полагал, что оба варианта аффективной психопатии могут свидетельствовать о предрасположенности к развитию аффективных фаз.

В 1990 году J. Pössland D. Von Zerssen, изучая преморбидные особенности пациентов с аффективными заболеваниями, выделили «маниакальный тип» личности [179]. Данный вариант личностной аномалии они описывали как симбиоз гипертимных и истерических черт, причем гипертимные черты проявлялись стремлением к общению, оптимизмом, креативностью, склонностью к необдуманным финансовым растратам и импульсивным поступкам. Проявлениями истерического склада авторы называли преобладание поверхностных социальных контактов, уклонение от

обязательств, потребность в повышенном внимании окружающих. J. Pössland D. Von Zerßen писали, что для личностей маниакального типа наиболее характерно развитие аффективной патологии, преимущественно БАР I типа (с превалированием маниакальных эпизодов).

C. Doran (2008 г.) в труде, посвященном гипоманиакальным состояниям, писал о нечеткой границе между гипертимией и гипоманией [120]. Он предлагал разделять их, основываясь на таких критериях, как продуктивность, общительность, позитивность и предсказуемость.

А.Б. Смулевич в своей работе «Психопатология личности и коморбидных расстройств» (2009 г.) писал о гипертимах как о личностях «с витальным ощущением успеха и благополучия», убежденных в благоприятности настоящего и будущего, имеющих «неиссякаемый запас» энергии, однако последовательных в своих действиях, достигающих определенных высот в карьере и личной жизни [55]. Автор также отмечал, что пик приподнятого настроения приходится на утренние часы, возможны сезонные спады на 1-2 дня, не достигающие глубины депрессивных состояний. Обычное для таких личностей состояние А.Б.Смулевич именуется хронической гипертимией, однако он также отмечает возможность наличия «аутохтонных подъемов», которые носят название «двойные мании». Представители научной школы А.Б. Смулевича (Волель Б.А., Пушкарев Д.Ф., Нефедьева И.О.), подробно изучая личностей из круга гипертимных, выделили два варианта данного расстройства – стабильных («уровневенных») и нестабильных гипертимов [8]. К первой группе относились личности с устойчиво приподнятым фоном настроения и оптимистичным взглядом на жизнь, высокой продуктивностью, бесконфликтностью, коммуникабельностью, единообразием семейного и профессионального маршрута. Вторую группу авторы характеризовали эмоционально-лабильными, вспыльчивыми, раздражительными, не критичными к своим действиям, но также сохраняющими оптимизм,

высокую самооценку. Нестабильная гипертимия, по мнению исследователей, в динамике в большинстве случаев переходит в аффективное заболевание.

Современный классик в описании и изучении аффективных расстройств H.S. Akiskal, посвятивший большую часть своих работ биполярным расстройствам настроения, характеризовал гипертимов энергичными, активными (несмотря на то, что они относятся к «малоспящим»), неутомимыми, яркими, шутливыми, общительными, успешными в профессии, склонными к занятиям экстремальными видами спорта [71,74,82]. Этот ученый также отмечал, что гипертимам свойственна быстрая вовлеченность в какое-либо занятие и столь же быстрая потеря интереса к нему, назойливость, раскованность, уверенность в себе [78,106]. H.S. Akiskal и соавторы упоминали о «легком» отношении личностей гипертимного круга к социальным контактам, сексуальным отношениям, финансам, собственному здоровью [77]. Неоднократно описывая в своих работах гипертимных личностей, H.S. Akiskal утверждал, что гипертимию можно считать «стертой формой аффективного заболевания» и данные личности обнаруживают предрасположенность к развитию биполярного аффективного расстройства (преимущественно I типа, с преобладанием расстройств маниакального круга) [86,87,172,173]. В то же время он писал о том, что для гипертимов наименее свойственны самоповреждения и суицидальные попытки, но учитывая свойственную таким личностям импульсивность, нельзя исключить их совсем [200]. Говоря о генетической составляющей, H.S. Akiskal утверждал, что и аффективная патология, и гипертимный тип личности являются проявлением одного и того же наследственного радикала, относя, таким образом, гипертимию к состоянию, близкому к гипоманиакальному [79,81,85,99]. Также автор, усовершенствовав классификацию аффективных расстройств, среди вариантов течения БАР выделил БАР I - «цветущую» манию (full-blown), которой именовал фазу подъема у личностей гипертимного круга [83,108] и БАР IV – гипертимическую депрессию, т.е. депрессию, развивающуюся у

гипертимной личности, относя ее к «псевдо-униполярным» состояниям [72,84].

А.С. Аведисова и соавторы, описывая типологию смешанных депрессий (2012-2014 гг.), выделили депрессии со скачкой идей, указав, что у пациентов этой группы в преморбиде отмечаются преимущественно гипертимные черты (активность, энергичность, приподнятый фон настроения, общительность, открытость) [1-5,9].

К.N. Fountoulakis, X. Gonda и соавторы (2016 г.) в своей работе, посвященной изучению роли темперамента в развитии расстройств аффективного спектра, отмечали, что личностные особенности могут выступать в качестве связующего звена между генетической предрасположенностью и клиническими проявлениями. Говоря о гипертимии, авторы указывали на высокую вероятность развития у таких личностей биполярного расстройства I типа (с преобладанием мании) [123].

Таким образом, многие исследователи, несмотря на принадлежность к разным психиатрическим школам, пришли к выводу, что личности с ярко выраженными гипертимными чертами предрасположены к развитию биполярного аффективного расстройства, причем большинство ученых указывает на вероятность развития БАР с превалированием смешанных или маниакальных (гипоманиакальных) состояний.

1.2. Формирование взглядов на гипертимию как единый континуум темперамента/ личностной патологии

Большое количество выдающихся психиатров имело иную точку зрения – гипертимия рассматривалась ими как личностная особенность, не связанная с развитием в дальнейшем аффективной патологии. Так, сангвинический темперамент как вариант личностной патологии впервые упоминает J. Van Deventer (1895 г.), обозначая его «сангвинической неполноценностью» [199].

Ф. Шольц выделял группу психопатологических расстройств в области чувств и относил к ней такие варианты, как «шаловливый ребенок», «спесивый ребенок», «ребенок эгоист», «тщеславный ребенок», «бедовый ребенок» [68]. При этом, шаловливых автор описывал как живых, энергичных, веселых, деятельных, склонных к быстрой увлеченности различными сферами деятельности и такой же быстрой потерей интереса к ним. Шольц писал, что данный вариант патологии характера чаще встречается у лиц мужского пола, у девочек же он возникает лишь при условии «отсутствия женского общества». Ф. Шольц отмечал, что в дальнейшем развитие личности зависит от воспитания и окружающей среды, не исключая возможности возникновения психических заболеваний и девиантного поведения.

Гипертимию в рамках личностной особенности рассматривал и К. Schneider [190]. В 1928 г. он выделил 10 типов психопатических личностей, в том числе гипертимов, подразделяя их на два варианта. К первому автор относил уравновешенных, активных людей с веселым нравом, добродушных оптимистов, ко второму – возбудимых, спорщиков, активно вмешивающиеся в чужие дела. Кроме того, К. Schneider выделял особую группу «безудержных» гипертимов — отчасти соответствующую в современных классификациях эмоционально-неустойчивому и пограничному расстройству личности (РЛ). К. Schneider считал, что «безудержные» не являются единой группой и составляют, скорее, социологическую, а не психопатологическую категорию. В то же время, он писал, что «безудержными» бывают именно гипертимы: из-за своего сангвинического темперамента, тщеславия и оптимизма они легко увлекаются, а негативный опыт ими быстро забывается. К. Schneider также полагал, что личностные аномалии стоит расценивать исключительно в качестве особенностей характера, указывая, что таких людей «нельзя снабдить диагностическими ярлыками, как болезни и их психические следствия».

В 1957 году И.Ф. Случевский в своем труде «Психиатрия» разделил все формы психопатий на 2 группы – сильные, но неуравновешенные, и слабые [53]. Гипертимов автор относил к первой группе, подразделяя на циркулярный и взрывной варианты. Лица из группы гипертимно-циркулярных он описывал как склонных к перепадам настроения, поверхностных в суждениях, вспыльчивых, тщеславных, непостоянных. Людей, относящихся к гипертимно-взрывной форме, Случевский характеризовал как педантичных, злопамятных, упрямых, склонных к расстройствам настроения в виде «тоски, настолько тяжелой, что в это время они могут покончить самоубийством». Ученый, описывая динамику психопатий, не исключал возможность декомпенсации в виде различных аффективных состояний, а в случае гипертимно-взрывного типа – патологического аффекта и патологического опьянения.

Основоположник детской отечественной психиатрии Г.Е. Сухарева (1959 г.) считала, что в основе личностной патологии лежат аномалии развития нервной системы. Ей были выделены три типа аномалий – задержанное (по типу дисгармонического инфантилизма) развитие, искаженное (диспропорциональное) развитие и поврежденное, связанное с повреждением нервной системы на ранних этапах онтогенеза [64]. Гипертимные личности, по мнению автора, принадлежат ко второму типу аномалий развития и характеризуются высокой активностью, повышенной жизнерадостностью, немотивированными колебаниями настроения, а также «патологической гневливостью, сварливостью». Среди основных причин возникновения данного варианта личностной аномалии Г.Е. Сухарева указывает наследственную отягощенность.

Выдающийся немецкий психиатр N. Petrilowitsch (1960 г.) описывал два варианта гипертимии – пассивную и экспансивную [178]. При этом, по его мнению, группа экспансивных гипертимиков, описываемые им как властные, эгоистичные, склонные к паранойяльным установкам, трудно отграничивается от экспансивных шизоидов.

Г. Груле в труде «Клиническая психиатрия» (1967 г.) характеризовал гипертимов как веселых, благодушных, «импульсивных и неугомонных». Он писал, что дети-гипертимы часто испытывают трудности в учебе, так как «неспособны сосредоточиться», склонны к обманам, девиантному и даже делинквентному поведению [15,43].

В 1977 году классификацию акцентуированных личностей разработал А.Е. Личко, в которую также включал гипертимический тип, характеризующийся постоянно приподнятым настроением (по типу гипертимии) и повышенным тонусом, неудержимой активностью и жаждой общения, «тенденцией разбрасываться и не доводить начатое до конца» [29,30]. Также А.Е. Личко писал, что личности с гипертимной акцентуацией характера не переносят однообразной обстановки, монотонного труда, одиночества и ограниченности контактов, безделья, их отличает энергичность, активная жизненная позиция, коммуникабельность. Среди гипертимных личностей А.Е. Личко выделял несколько подтипов – гипертимно-неустойчивый, гипертимно-истероидный, гипертимно-эксплозивный. Гипертимно-неустойчивый тип является наиболее частым, для таких личностей характерны жажда развлечений, веселья, рискованных походов, пренебрежение занятиями и работой, частые эпизоды алкоголизации, сексуальные эксцессы и делинквентность, что в конечном итоге может привести к асоциальному образу жизни. Гипертимно-истероидный тип, по мнению А.Е. Личко, отличается преобладанием таких черт характера, как желание произвести впечатление, «покрасоваться перед другими, пустить «пыль в глаза», склонность к мистификациям, разыгрываемым с большой выдумкой, изобретательностью, артистизмом. Гипертимно-эксплозивный тип проявляется вспышками раздражения и гнева, что свойственно гипертимам, когда они встречаются с противодействием или терпят неудачи, «становятся особенно бурными и возникают по малейшему поводу». На высоте аффекта может утрачиваться контроль над своим поведением, возникают реакции агрессивного типа, но возможна и

аутоагрессия. Несмотря на это, А.Е. Личко упоминал об отходчивости гипертимов, их способности легко прощать обиды, что является их отличительной особенностью от других вариантов личностной патологии. Описывая динамику расстройства, автор утверждает, что некоторые подростки-гипертимы в более старшем возрасте начинают проявлять черты циклоидности.

С.Ю. Циркин в работе «Аналитическая психопатология» (2012 г.) писал о расстройствах личности гипертимного круга, приравнивая гипертимию к хронической гипомании [65]. Он характеризовал гипертимов как высокоактивных во всех сферах деятельности, успешных в обучении, прежде всего за счет хорошей памяти, стимулируемой «яркой эмоциональностью». Автором было отмечено, что в детстве гипертимы невосприимчивы к наказаниям, из-за препятствия своим желаниям могут проявлять как вербальную, так и физическую агрессию. Кроме того, у детей с гипертимным расстройством личности практически не бывает страхов, они часто опережают сверстников в психическом и физиологическом развитии. В зрелом возрасте отличительной чертой гипертимов, помимо чрезмерной активности во всех сферах жизни, С.Ю. Циркин называл отсутствие заинтересованности в тесных эмоциональных контактах. Автор рассматривал гипертимию в рамках личностной патологии, указывая на возможность декомпенсации в виде гипоманиакальных и субдепрессивных состояний.

В. Dogan, А. Аkyol и соавторы, описывая предрасположенность личностей к развитию аффективных состояний (2018 г.), пришли к выводу, что гипертимный темперамент значительно реже, чем циклотимный, раздражительный и тревожный, ассоциировался с их возникновением [119].

W. Oniszczenko, E. Stanisławiak в своей работе, посвященной установлению взаимосвязи между типом темперамента и склонностью к прокрастинации (2020 г.), пришли к выводу, что гипертимный вариант, за счет таких характеристик, как живость, выносливость и ритмичность,

отрицательно коррелирует с ней, в отличие от циклотимических личностей [169].

Таким образом, в науке исторически сложились две пересекающиеся психопатологические концепции гипертимии, позиционирующие ее как единые континуумы БАР и аффективного темперамента/расстройства личности. В последние годы, благодаря успехам и внедрению биологической психиатрии, появились исследования, подтверждающие структурно-динамическую и патогенетическую целостность гипертимных состояний: японские ученые N. Hoaki, T. Terao, Y. Wang, Sh. Goto, K. Tsuchiyama, N. Iwata (2011 г.) [132] изучавшие нейробиологические показатели гипертимии, в том числе и серотонинергическую функцию, предположили, что гипертимный темперамент может иметь в своей основе серотонинергическую дисфункцию, также как и биполярное расстройство. В то время как Z. Rihmer и соавторы (2010 г.) [187,188] предположили возможность связи между гипертимным темпераментом и дофаминергической регуляцией: учитывая, что серотонинергические системы могут, по крайней мере, частично, ингибировать дофаминергическую активность в некоторых областях мозга, более низкая серотонинергическая функция гипертимного темперамента может быть объяснена растормаживанием дофаминергической активности. Представление авторов о гипертимном темпераменте как предшественнике биполярного расстройства укрепляет суждение о непрерывности патогенетических связей между гипертимией в широкой трактовке и биполярным расстройством и подчеркивает, что гипотеза нестабильности может быть применена не только к биполярному расстройству, но и к гипертимному характеру.

1.3. Формирование представлений об аффективных расстройствах

Аффективные расстройства имеют еще более длительную историю изучения – первые упоминания патологии настроения встречаются в Танахей в буддийских и индуистских текстах [38]. Отдельные упоминания депрессивных и маниакальных состояний можно встретить в трудах Гиппократа, Артея из Каппадокии и других ученых того времени [27,55]. Ph.Pinel (1798) предложил классификацию психических болезней, в которой выделил меланхолию, манию, деменцию и идиотию. К симптомам меланхолии он отнёс молчаливость, задумчивое и грустное выражение лица, мрачные опасения, любовь к одиночеству. В мании Ph. Pinel выделил две формы – с делирием и без. В случае мании без делирия интеллектуальные способности не затрагиваются, а её проявлениями являются «моральная развращённость и несдержанное поведение», вплоть до вспышек агрессии. Мания с делирием характеризуется интеллектуальным снижением, бесконтрольным потаканием своим желаниям, приступами ярости. Её симптомами могут быть дурашливое поведение, бессвязные и абсурдные высказывания, а также бред величия, слуховые и зрительные галлюцинации [50].

J. Burroughs в своём труде «Комментарии к причинам, формам, симптомам, моральному и медицинскому лечению безумия» (1828) доказывал единство патогенеза мании и меланхолии, подчёркивая, что полярные аффективные фазы обусловлены общими соматическими причинами[47].

В 1851 г. J. Falret опубликовал статью, где было описано аффективное расстройство, названное им «циркулярным помешательством», при котором чередуются состояния мании и меланхолии. Это стало первым клиническим описанием состояния, которое позже было названо маниакально-депрессивным психозом [38].

К.Л. Kahlbaum впервые дал описание стёртым формам меланхолии и мании, которые он назвал соответственно «дистимия» (1863) и «циклотимия» (1880). Учение о циклотимии развил Е. Неcker. В опубликованной в 1898 г. статье циклотимия характеризуется периодическими перепадами настроения между умеренным подъёмом и подавленным состоянием [47].

Первое описание клинических проявлений смешанных состояний было сделано немецким психиатром J. Heinroth в 1818 г., который описал меланхолию экстатическую (*ecstasies melancholica*), яростно-неистовую (*melancholica furens*), эротическую (*melancholia erotica*), скачущую (*melancholia saltans*) [24]. В 1838 г. J. Guislain выделил сварливую депрессию (*grumpydepression*), сварливую экзальтацию (*grumpy exaltation*) и депрессию с экзальтацией и дурашливостью (*depression with exaltation and foolishness*) [206]. Затем клиническую картину различных вариантов аффективно-смешанных фаз описал Е. Краепелин, который впервые ввел термин «смешанные состояния» [34,143]. Главным принципом смешанных состояний он считал одновременное присутствие отдельных компонентов, присущих аффективным расстройствам противоположных полюсов. Смешанные депрессии при маниакально-депрессивном психозе были представлены в виде двух комбинаций депрессивного настроения с симптомами противоположного полюса в сфере моторики или мышления – ажитированной депрессии и депрессии со скачкой идей [101,105].

В 1911 году Е. Stransky, исходя из механизмов формирования смешанных состояний, выделил два варианта смешанных расстройств — симультанные и сукцессивные. Симультанная форма характеризуется одновременным сосуществованием в структуре смешанного состояния отдельных компонентов аффективных синдромов (депрессивный и маниакальный). Сукцессивный вариант по Е. Stransky протекает по типу так называемого «быстрого альтернирования» — быстрой, в течение нескольких часов смены компонентов аффективной триады с наложением друг на друга проявлений фаз разной полярности [193].

В 60-х годах XX столетия S. Mentzos [160] дал описание смешанных состояний и так называемых «смешанноподобных картин фазных психозов». Кроме того, S. Mentzos было введено понятие стабильных смешанных состояний, соответствующих классическим вариантам смешанных состояний по Kraepelin, и нестабильных смешанных состояний при быстрых циклах смены аффективных фаз с большим полиморфизмом психопатологических проявлений.

В 1980-х годах на базе ФГБНУ НЦПЗ было проведено масштабное исследование аффективно-смешанных состояний, в результате которого были выделены три варианта их течения:

1) смешанные состояния, формирующиеся по типу замещения отдельных компонентов аффективной триады одного полюса психопатологическими аффективными расстройствами, относящимися к компонентам аффективной триады противоположного аффективного полюса – «типичные смешанные состояния»;

2) формирующиеся за счет присоединения к аффективной триаде одного полюса расстройств, феноменологически родственных противоположному полюсу аффекта (например, присоединение к маниакальной триаде астенических, ипохондрических расстройств), – «атипичные смешанные состояния»;

3) формирующиеся в результате полной или частичной последовательной замены компонентов триады разнополюсного аффективного состояния – «альтернирующие смешанные состояния» [61].

Среди типичных аффективно смешанных состояний выделялись заторможенная мания, ассоциативно-замедленная мания, гиперреактивная депрессия, ассоциативно-ускоренная депрессия. Атипичные смешанные состояния подразделялись на дисфориоподобную, ипохондрическую и астеническую манию.

Заторможенная мания характеризовалась одномоментным присутствием в аффективной триаде моторного торможения, приподнятого

настроения и признаками идеаторного ускорения. При ассоциативно-замедленной мании имели место стойко приподнятый аффективный фон, гиперактивность в сочетании с ассоциативной заторможенностью. Гиперреактивная депрессия проявлялась повышенной двигательной активностью, сниженным фоном настроения и идеаторным замедлением. Для ассоциативно-ускоренной депрессии также было характерно наличие подавленного аффекта, общей двигательной заторможенности в сочетании с идеаторным ускорением.

Дисфорноподобная мания проявлялась сочетанием основных компонентов маниакальной триады с повышенной раздражительностью, гневливостью, недовольством окружающей обстановкой. Ипохондрическая мания также характеризовалась наличием приподнятого аффекта, повышенной активностью, но также в ее структуре имели место фобические и сверхценные образования ипохондрического содержания. Для астенической мании были свойственны повышенная психическая и физическая утомляемость, некоторое снижение привычной активности, на фоне приподнятого аффекта, оптимистичных установок, переоценкой своих возможностей.

В 2014 году типология смешанных депрессий в рамках БАР была разработана А.С. Аведисовой и Р.В. Воробьевым, которыми были выделены три варианта – ажитированная, со скачкой идей и гиперреактивная депрессии [4]. Также ими была установлена высокая значимость преморбидного аффективного темперамента в формировании различных вариантов смешанных расстройств. Наибольший вклад в картину смешанной гиперреактивной депрессии вносил циклотимный темперамент, депрессии со скачкой идей — гипертимный. В возникновении ажитированной депрессии роль темперамента оказалась минимальна.

Несмотря на длительную историю углубления знаний по проблеме гипертимии и аффективных состояний, по-прежнему остается актуальным вопрос: действительно ли гипертимия является субсиндромальным течением

и/или диатезом аффективных расстройств. Изучение вариантов динамики и патокинеза гипертимии, их психопатологического и биологического аспектов, внесут вклад в прояснение данной проблемы и ответят на ряд вопросов: возможно ли развитие у гипертимов чисто депрессивных состояний или аффективные фазы всегда несут элементы смешанности; какие варианты психопатологических расстройств могут возникать в структуре аффективных фаз у личности гипертимного круга.

Глава 2

Методы исследования и характеристика материала

2.1. Методики исследования и критерии отбора

Настоящее исследование выполнено в период с 2019 по 2022 гг. в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель - проф., 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.

Критерии включения:

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.

Критерии не включения:

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.

2.2 Общая характеристика материала

Изученную выборку составили 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 за период с октября 2019 по сентябрь 2022 гг. в связи с актуальным аффективным расстройством или расстройством личности.

На момент манифестации заболевания большинство пациентов находилось в возрасте от 18 до 30 лет (61,8%), у 22% обследуемых аффективные состояния впервые развились в более старшем возрасте (31-55 лет), а у 16,2% формирование аффективной фазы отмечалось до 18 лет. На момент исследования преобладали пациенты в возрасте 31-43 лет, обследуемые в возрастных группах 18-30 лет и 44-55 лет имели примерно одинаковый удельный вес (табл. 1).

Преобладающее большинство обследуемых, как на момент манифестации заболевания, так и в период проведения исследования, имели среднее специальное либо высшее профессиональное образование (табл.2). Во время впервые развившейся аффективной фазы 88,2% исследуемой когорты имели постоянную работу или продолжали учебу, на момент обследования процент неработающих пациентов был несколько выше и составлял 24,9%.

После выписки из стационара пациенты продолжали наблюдаться амбулаторно для формирования катamnестических данных и оценки динамики, исхода и установления нозологии, в рамках которой отмечалось аффективное состояние.

Таблица 1. Возраст пациентов на момент манифестации заболевания и исследования

Возраст пациентов, лет	На момент манифестации заболевания, n (%)	На момент начала актуальной фазы, n (%)	На момент исследования, n (%)
<18	11 (16,2%)	1 (1,5%)	0
18-30	42 (61,8%)	20 (29,4%)	18 (26,5%)
31-43	12 (17,6%)	30 (44,1 %)	29 (42,6%)
44-55	3 (4,4%)	17 (25%)	21 (30,9%)
всего	68 (100%)		

Таблица 2. Уровень образования и социально-трудовой статус пациентов исследованной когорты

	На момент манифестации заболевания, n (%)	На момент проведения исследования, n (%)
<i>Уровень образования пациентов исследованной когорты</i>		
Только среднее образование	8 (11,8%)	2 (2,9%)
Среднее специальное образование	25 (36,8%)	27 (39,7%)
Студенты вузов	13 (19,1%)	5 (7,4%)
Окончившие вуз	22 (32,3%)	34 (50%)
Всего	68 (100%)	68 (100%)
<i>Социально-трудовой статус пациентов исследованной когорты</i>		
Учащийся	9 (13,2%)	5 (7,4%)
Служащий	39 (57,4%)	38 (55,9%)
Рабочий	12 (17,6%)	8 (11,8%)
Не работает	8 (11,8%)	17 (24,9%)
Всего	68 (100%)	68 (100%)

Для проведения патопсихологического обследования, помимо основной, была сформирована контрольная группа, включающая 20

пациентов (12 женщин, 8 мужчин, средний возраст 36,5 лет) без гипертимных личностных черт и диагностированным рекуррентным депрессивным расстройством.

Нейробиологическое исследование также с целью сравнительного анализа включало контрольную группу из 20 условно здоровых лиц (15 женщин, 5 мужчин, средний возраст 20,7 лет).

2.3 Методы исследования

В соответствии с целями и задачами проводимой работы в исследовании применялись следующие методы:

- феноменологический
- клинико-психопатологический
- клинико-катамнестический
- нейробиологический
- патопсихологический
- психометрический
- статистический

Использование **феноменологического** метода обследования больных подразумевало всестороннее исследование и определение особенностей аффективных расстройств, формирующихся у гипертимных личностей.

Клинико-психопатологический метод был основным, так как он позволял определить дифференциальные психопатологические характеристики аффективных фаз у личностей гипертимного круга. Этот метод включал личное обследование пациента, оценку анамнестических данных, психического статуса, как на момент первичного обследования, так и в динамике, сбор объективных данных у родственников, ознакомление с доступной документацией из других стационаров, а также подробное соматическое и неврологическое обследование пациентов, которые находились на лечении в стационаре.

Применение **клинико-катамнестического** метода исследования подразумевало под собой использование ряда параметров, по которым проводилось сравнение данных анамнеза и катамнеза. Основными параметрами были: клиническая картина заболевания на момент обследования, социальное положение, трудовая занятость, а также течение и исходы перенесенных эпизодов заболевания.

Нейробиологический метод применялся в рамках совместного с научным сотрудником лаборатории нейроиммунологии к.б.н. З.В. Сармановой (руководитель лаборатории – д.б.н., проф. Т.П. Ключник) обследования пациентов и заключался в определении в сыворотке крови пациентов активности следующих иммунологических показателей:

- энзиматическая активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) - протеолитического фермента нейтрофилов, роль которого заключается в увеличении проницаемости сосудистой стенки (в случае заболеваний мозга - сосудов гематоэнцефалического барьера) для проникновения фагоцитов в очаг воспаления [70];

- функциональная активность $\alpha 1$ - протеиназного ингибитора ($\alpha 1$ -ПИ) - острофазного белка, синтезируемого гепатоцитами, контролирующего активность ЛЭ и выполняющего функцию регулятора воспалительных реакций [126];

- уровень аутоантител к нейроантигенам - астроцитарному белку S100B (аАТ к S100B) и основному белку миелина (аАТ к ОБМ). Уровень аутоантител с направленностью к нейроантигенам является иммунологическим маркером, характеризующим наиболее тяжелые патологические состояния ЦНС [207].

В плазме крови обследуемых определяли воспалительные и аутоиммунные маркеры крови, входящие в медицинскую технологию “Нейро-иммуно-тест”. Энзиматическую активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора ($\alpha 1$ -ПИ) определяли с помощью кинетических спектрофотометрических методов [16,36], уровень

аутоантителк S100-B и основному белку миелина (ОБМ) – методом иммуноферментного анализа.

Патопсихологический метод применялся совместно со студентом НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа» А.В. Устенко и включал опросник Бека, 16-ти факторный опросник Кэтелла, стандартизированное многофакторное исследование личности (СМИЛ), личностный опросник Айзенка. Личностный опросник Айзенка, вариант А, предназначен для выявления интроверсии – экстраверсии, оценки эмоциональной стабильности – нестабильности (нейротизма), определения типа темперамента испытуемого. Опросник содержит 57 вопросов, на которые возможны ответы «да» или «нет». Первым базовым свойством (фактором) личности, выявляемым опросником, является интроверсия – экстраверсия. Интроверсия отражает ориентацию личности на свой внутренний мир. Интроверты характеризуются обращённостью сознания к самому себе, замкнутостью, социальной пассивностью, необщительностью, склонностью к самоанализу, поглощённостью собственными проблемами и переживаниями. Экстраверсия отражает ориентацию личности на мир внешних объектов. Поэтому экстравертам свойственна тяга к повышенной сенсорной стимуляции, обращённость сознания к внешнему миру, общительность, социальная активность [48]. Вторым базовым свойством личности, выявляемым опросником, является нейротизм. Он отражает степень эмоциональной устойчивости личности. Высокий нейротизм выражается в тревожности, напряжённости, раздражительности, импульсивности, склонности к быстрой смене настроения и депрессивным состояниям, неровности в контактах с людьми, плохой адаптации. Низкий нейротизм характеризуется спокойным и стабильным фоном настроения, отсутствием напряжённости и беспокойства, общительностью, хорошей адаптацией. Сочетание характеристик по шкале интроверсии – экстраверсии и по шкале нейротизма указывает на один из четырёх типов темперамента испытуемого. Опираясь на выделенные И.П. Павловым три основных свойства нервной системы (сила,

уравновешенность, подвижность), сангвинический темперамент можно описать как сильный, уравновешенный и подвижный тип, холерический темперамент – как сильный, неуравновешенный и подвижный тип, флегматический темперамент – как сильный, уравновешенный и неподвижный тип, меланхолический темперамент – как слабый, неуравновешенный и неподвижный тип. Основными чертами поведения сангвиника являются преобладание положительных эмоций, высокая психическая активность, быстрые и живые движения, богатая мимика. Поведению холерика свойственны частая смена настроения, вспыльчивость, высокая психическая активность, быстрые и резкие движения, выразительная мимика. Для поведения флегматика характерны постоянство чувств и эмоций, низкая психическая активность, медленные движения, невыразительная мимика. Отличительными чертами поведения меланхолика являются преобладание отрицательных эмоций (печали, страха), эмоциональная ранимость, замкнутость, замедленность движений, повышенная утомляемость [48]. 9-я шкала Стандартизированного многофакторного метода исследования личности позволяет определить уровень выраженности гипомании. Опросник содержит 46 утверждений, на которые возможны ответы «верно» или «неверно». Они отражают свойства гипоманиакальному состоянию повышенное настроение, высокую активность, преувеличение своих возможностей и размаха деятельности, разнообразие интересов, широкие и поверхностные социальные контакты [7,60]. Испытуемые с умеренным повышением профиля СМИЛ на 9-й шкале характеризуются повышенной активностью и энергичностью, оптимизмом, общительностью, чувством благополучия, физической и психической продуктивностью. У испытуемых с выраженным пиком профиля на 9-й шкале поведение может быть неадаптивным из-за чрезмерной и плохо управляемой активности, эмоционального возбуждения, раздражительности, обидчивости, повышенного самомнения. Низкий уровень профиля на 9-й шкале отражает сниженную активность, недостаток

побуждений, неспособность испытывать удовольствие, чувство вины, недооценку 58 собственных возможностей. Резкое снижение профиля на 9-й шкале выражает депрессивные тенденции [23]. Опросник личностных убеждений Бека основывается на когнитивной модели расстройств личности. В ней выделяется 10 паттернов дисфункциональных убеждений, которые приводят к специфическим неэффективным копинг-стратегиям. Опросник включает 126 утверждений, на которые возможны 5 вариантов ответа в зависимости от степени согласия с утверждением («я полностью в этом уверен», «я уверен в этом», «я сомневаюсь в этом», «я не уверен в этом», «я в этом совершенно не уверен»). Шкалы опросника оценивают убеждения, характерные для расстройств личности по DSM-IV. Методика включает 10 шкал, связанных с соответствующим расстройством личности [23]:

1. Избегающее расстройство. Выражает паттерн социального дискомфорта и страха негативной оценки. К диагностическим критериям относятся: избегание действий, предполагающих существенный межличностный контакт; сдержанность в ситуациях общения; сильная обида на критику и неодобрение; отсутствие близких друзей или наличие только одного друга (не считая ближайших родственников); боязнь проявления тревоги перед окружающими.

2. Зависимое расстройство. Отражает паттерн зависимого и покорного поведения. К диагностическим критериям относятся: неспособность принимать повседневные решения без советов и поддержки окружающих; стремление перекладывать на других принятие важных решений; трудности с самостоятельными действиями; дискомфорт и беспомощность в одиночестве; уязвимость к критике и неодобрению.

3. Пассивно-агрессивное расстройство. Выражает паттерн пассивного сопротивления в социальной и профессиональной сферах. Диагностическими критериями являются: мрачность, раздражительность, вступление в спор либо намеренное промедление как реакции на необходимость выполнения нежеланной работы; препятствие усилиям других посредством невыполнения

59 своей части работы; обида на полезные советы окружающих, направленных на повышение продуктивности труда; необоснованная критика людей, наделённых властью.

4. Обсессивно-компульсивное расстройство. Отражает паттерн перфекционизма и негибкости. К диагностическим критериям относятся: перфекционизм, который препятствует завершению задач до тех пор, пока не достигнуты собственные строгие стандарты; озабоченность деталями, правилами, порядком, организацией до потери главного смысла деятельности; чрезмерное внимание к работе и продуктивности в ущерб дружбе и досугу.

5. Антисоциальное расстройство. Выражает паттерн безответственного и антисоциального поведения. Диагностическими критериями являются: неспособность систематического выполнения работы (в т.ч. прогулы, увольнения, безработица); трудности приспособления к социальным нормам законопослушного поведения и неоднократные антисоциальные действия; раздражительность, импульсивность и агрессивность, вплоть до драк и нападений; невыполнение финансовых обязательств; сложности в планировании деятельности; пренебрежение личной безопасностью и безопасностью других; безответственность по отношению к собственным детям; неспособность поддерживать устойчивые и длительные моногамные отношения.

6. Нарциссическое расстройство. Выражает паттерн грандиозности (в фантазиях и поведении). Диагностическими критериями являются: гипертрофированное чувство собственной значимости; потребность в постоянном внимании и восхищении; фантазии на тему неограниченного успеха, власти и красоты; необоснованные претензии на особые права и отношение; чувство гнева, стыда и унижения как реакция на критику; недостаток эмпатии.

7. Гистрионное расстройство. Выражает паттерн чрезмерной эмоциональности и привлечения внимания. К диагностическим критериям 60

относятся: постоянный поиск и требование одобрения, поддержки и похвалы; неадекватная сексуализированность внешности и поведения; избыточная забота о внешнем виде; неадекватно преувеличенное выражение эмоций, их быстрая смена и поверхностность; сосредоточенность на себе, нацеленность действий на получение немедленного удовлетворения; непереносимость фрустрации, вызванной отсрочкой вознаграждения.

8. Шизоидное расстройство. Отражает паттерн безразличия к социальным отношениям и ограниченного диапазона эмоционального опыта и экспрессии. Диагностическими критериями являются: нежелание вступать в близкие отношения (в т.ч. семейные); отсутствие близких друзей или наличие одного друга (не считая ближайших родственников); эмоциональная холодность, редкость сильных эмоций (гнева, радости); предпочтение действовать в одиночку; безразличие к похвале и критике окружающих.

9. Параноидное расстройство. Отражает паттерн постоянной подозрительности и недоверия к окружающим. Диагностическими критериями являются: необоснованная склонность интерпретировать действия других людей как преднамеренно угрожающие или унижающие; неоправданные сомнения в надёжности и лояльности членов семьи и друзей; обнаружение скрытого угрожающего или унижающего значения в нейтральных событиях или фразах; гневливая реакция в ответ на неуважительное отношение; неоправданные сомнения в верности брачного партнёра.

10. Пограничное расстройство. Отражает паттерн нестабильности в образе себя, настроении и межличностных отношениях. Диагностическими критериями являются: непостоянные и интенсивные межличностные отношения, с чередованием крайней идеализации и девальвации другого; импульсивность, доходящая до саморазрушения, в различных сферах жизни (расходование денег, употребление психоактивных веществ, неосторожная езда, сексуальные контакты и др.); эмоциональная неустойчивость (быстрая смена настроения от обычного до тревоги, раздражительности, депрессии);

б1 сильный неадекватный гнев; нарушение идентичности (образ себя, сексуальная ориентация, жизненные ценности); хроническое чувство пустоты и скуки.

16-факторный личностный опросник Кеттелла опирается на отдельные характеристики темперамента и устойчивые и взаимосвязанные черты личности, которые объединены в 16 факторов. Опросник представляет собой систему из 16 шкал, измеряющих различные полярные свойства личности. Испытуемому предлагается 187 утверждений с тремя вариантами ответа [22].

Фактор А измеряет общительность в малых группах и способность к установлению непосредственных, межличностных контактов. *Фактор В* ориентирован на измерение оперативности мышления и общего уровня вербальной культуры и эрудиции. *Фактор С* характеризует динамическое обобщение и зрелость эмоций в противоположность нерегулируемой эмоциональности. *Фактор Е* связан с социальным статусом. *Фактор F* ориентирован на измерение эмоциональной окрашенности и динамичности общения. *Фактор G* характеризует особенности эмоционально-волевой сферы и регуляции социального поведения. *Фактор H* характеризует активность социальных контактов. *Фактор I* отражает различия в культурном уровне и эстетической восприимчивости личности. *Фактор L* отражает эмоциональное отношение к окружающим. *Фактор M* выделяет особенности воображения, отражающиеся в поведении. *Фактор N* ориентирован на измерение отношения личности к людям и окружающей действительности. *Фактор O* отражает выраженность гипертимной либо гипотимной тенденций. *Фактор Q1* определяет консервативный либо радикальный полюса в интеллектуальной и социальной жизни. *Фактор Q2* характеризует выбор конформной либо неконформной линии поведения. *Фактор Q3* измеряет уровень внутреннего контроля поведения, интегрированность личности. *Фактор Q4* характеризует эмоциональный

тонус и стрессоустойчивость [22]. Русскоязычные тексты вышеперечисленных опросников приведены в Приложении 2.

Психометрический метод включал использование шкалы HDRS [Hamilton Depression Rating Scale; Hamilton M., 1960] для оценки возможных депрессивных расстройств и оценочной шкалы маний Янга [Young Mania Rating Scale, 1978]. Русскоязычные тексты вышеперечисленных шкал, методики их применения приведены в Приложении 1.

Шкала медикаментозного комплаенса Мориски-Грин [Morisky D.E. et al., 1986], включающая 4 пункта, касающихся отношения к медикации, позволяла оценить степень приверженности больного терапии, установить причины преждевременного отказа от продолжения лечения, проанализировать наиболее эффективные методы повышения уровня комплаенса.

Статистический метод в данном исследовании применялся для сравнения, верификации и объективизации полученных данных. Статистическая обработка производилась совместно с лабораторией доказательной медицины и биостатистики (руководитель лаборатории – к.т.н. Симонов А.Н.) и использованием пакета программ STATISTICA 1.

Для определения статистической достоверности использовались методы статистического анализа для малых выборок с использованием критерия Пирсона χ^2 , который позволял сопоставить распределение теоретических и эмпирических частот, и t-критерия Стьюдента для установления статистической значимости между параметрами. Различия считались достоверными, если доверительный интервал находился в пределах $p < 0,05$. Для параметров, не имеющих нормального распределения, или при работе с порядковыми данными в независимых группах применялся непараметрический тест Манна-Уитни, позволяющий проверить наличие достоверных различий между двумя выборками после классификации и ранжирования сгруппированных данных, а также критерий Краскела-

Уоллиса для К-независимых выборок. Корреляционный анализ проводился с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Все пациенты подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Исследование проводилось в соответствии с Хельсинской декларацией 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г. и этическими стандартами Локального этического комитета ФГБНУ НЦПЗ.

Полученные данные сопоставимы с предлагаемыми в других источниках литературы, посвященных изучению эндогенных заболеваний и расстройств личности пациентов с чертами гипертимного круга, и являются репрезентативными. Характеристики типологических особенностей, результатов детального изучения особенностей динамики и исходов представлены в последующих главах

Глава 3

Феноменологические и психопатологические характеристики фазных аффективных состояний у гипертимных личностей. Типология гипертимии

Феноменологические и психопатологические характеристики фазных аффективных состояний у гипертимов - личностей, которым свойственны самоуверенность, оптимистичность, креативность, синтонность, повышенная энергичность и продуктивность, укороченный (менее 8 часов) ночной сон, постоянный поиск новых ощущений - имеют свои особенности[52,76]. Они выражаются, прежде всего, в специфичности внешних проявлений, частой диссоциацией между высказываемыми жалобами и поведением или, наоборот, отрицанием наличия болезни в связи с сохранением характерологических черт.

Среди обследованных нами личностей гипертимного круга (68 пациентов – 54 женщины, 14 мужчин), было выявлено два психопатологических варианта аффективных фаз – аффективно-смешанные и маниакальные, обозначенные нами как «двойные» мании (табл. 3). Данные психометрической оценки представлены в табл. 4.

Таблица 3. 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)

Таблица 4. Психометрическая оценка типологических вариантов фазных состояний

Оценочные шкалы	Аффективно-смешанные состояния						«Двойные» мании
	Мании со смешанными чертами		Депрессии со смешанными чертами			Альтернирующий вариант	
	Астенические гипомании	Ипохондрические мании	Тревожно-ипохондрические депрессии	Полиморфные депрессии	Соматоформная декомпенсация		
Шкала маний Янга (YMRS)	22,6 (гипомания)	28 (мания)	12,5 (норма)	15,6 (гипомания)	14 (гипомания)	17 (гипомания)	30,8 (мания)
Шкала депрессий Гамильтона (HDRS)	10,2 (легкая депрессия)	8,5 (легкая депрессия)	11,2 (легкая депрессия)	10,5 (легкая депрессия)	9,5 (легкая депрессия)	14 (умеренная депрессия)	-

3.1. Аффективно-смешанные состояния у личностей гипертимного круга

Аффективные фазы обследованных нами личностей гипертимного круга имели преимущественно смешанный характер. Аффективно-смешанные состояния, развивающиеся у лиц из круга гипертимных, были выявлены у 58 пациентов (85,3%), 47 женщин и 11 мужчин. Средний возраст составил 38,4 лет. Эти состояния были классифицированы в зависимости от преобладания расстройств маниакального или депрессивного типа. 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. Данные клинической верификации состояния расценивались как основные и определяющие; психометрическая оценка определялась как дополнительная.

3.1.1. Мании со смешанными чертами

В эту группу вошло 16 пациентов, 9 женщин и 7 мужчин (23,5%), которые в свою очередь были разделены на два подтипа – астенические гипомании и ипохондрические мании. В обоих подтипах имели место проявления

маниакальной триады – приподнятый (субъективно не всегда оцениваемый таковым) аффективный фон, признаки ассоциативного и двигательного ускорения, а также отдельные проявления депрессии.

Астенические гипомании были выявлены у 13 пациентов (19,1%), включавшими 8 женщин, 5 мужчин. Данный синдромальный вариант формировался в возрасте от 24 до 43 лет, средний возраст составил 38,1 год. Этот подтип аффективно-смешанных состояний характеризовался 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. Гипотимия была представлена в том числе апатией со снижением интересов, ангедонией, неуверенностью в себе и своих силах, идеями собственной несостоятельности, никчемности. Наряду с этим наблюдались трудности концентрации внимания, повышенная отвлекаемость, в связи с чем возникали сложности с освоением учебной программы и/или выполнением рабочих обязанностей.

Подобные состояния описаны О. О. Сосюкало (1988) как «астенические мании» и были отнесены к атипичным смешанным [61]. Их отличительной особенностью являлось отсутствие классических признаков «неутомимости», характерных для маниакальных пациентов, при этом имели место жалобы на чувство физической усталости, уменьшение двигательной активности. Тимический компонент аффективной триады не подвергался изменениям и сохранялся ровным. Также аффективно-смешанные состояния по типу астенических маний описывал Р.В. Воробьев (2014) который характеризовал их как сочетание признаков возбуждения в идеаторной и моторной сферах с дефицитом энергетических ресурсов и снижением витальности [9,10].

У большей части наших обследуемых наблюдались нарушение сна (по типу ранних пробуждений) и аппетита (как в сторону повышения, так и

понижения с отсутствием вкуса пищи), отмечался правильный суточный ритм – в первой половине дня они указывали на субъективно испытываемую усталость, притупленность чувств, стремились к уединению, проводили время в постели, а в вечерние часы имели место гипоманиакальные проявления – повышенное стремление к общению, физической активности.

Внешне пациенты этой подгруппы, как правило, были оптимистичны, большую часть времени пребывали в приподнятом настроении, декларировали обилие планов на будущее, зачастую переоценивая свои реальные возможности, всеми силами стремились преодолеть испытываемое ими чувство усталости. Расстройства гипотимического полюса, однако, субъективно оценивались тяжелее: пациенты жаловались на быструю утомляемость, вялость, отсутствие сил и мотивации к деятельности, моральное истощение, говорили о повышенной потребности в отдыхе, регулярно возникающем ощущении, что не справляются с запланированным объемом дел.

Астенические проявления выявлялись уже на начальных этапах формирования аффективной фазы и сохранялись в различной степени на всем ее протяжении. В процессе редукции вышеописанной симптоматики отмечались нормализация сна и аппетита, появление сил и энергии для совершения привычных дел, пациенты начинали строить реальные планы на будущее, однако длительное время сохранялись быстрая утомляемость, потребность в непродолжительном отдыхе, ощущение, что прежняя, свойственная им в течение всей жизни, активность и бодрость, безвозвратно утрачены. Постепенно, на фоне лечения, обследуемые возвращались к привычной жизни, вновь становились продуктивными, неутомимыми. Длительность фаз с развитием астенической гипомании составила от 1,5 до 6 месяцев (в среднем 4,3 месяца).

По данным, полученным путем оценки по шкале маний Янга (YMRS), пациенты этой группы демонстрировали результаты, соответствующие гипомании (22,6 баллов). По шкале Гамильтона для оценки депрессий

(HDRS) средний результат обследованных соответствовал легкому депрессивному расстройству (10,2 баллов).

Ипохондрические мании были диагностированы у 3 пациентов (8%) - 1 женщина, 2 мужчин. Формирование данного варианта преимущественно происходило в возрасте от 42 до 50 лет (средний возраст составил 44,5 года).

У обследуемых этой подгруппы имели место диффузные ипохондрические образования навязчивого и/или сверхценного уровня с различными простыми фабулами по типу ипохондрии здоровья, ипохондрии сна, моральной ипохондрии. Проявления маниакальной триады были представлены достаточно выраженными признаками моторной и идеаторной ускоренности, несколько приподнятым, чаще всего заметным объективно, но не оцениваемым таковым самими пациентами, фоном настроения, благодушием, поверхностностью суждений и оценок в сочетании с тревогой, которая проявлялась чрезмерным вниманием к своему здоровью, поиском лучших врачей, прохождением инструментальных обследований, попытками лечения за границей.

У пациентов отмечалась как фиксация на имевшихся в прошлом соматических заболеваниях, так и страх приобретения новых, в связи с чем любые незначительные отклонения от нормы воспринимались ими как признак болезни. После череды обследований у специалистов соматического профиля пациенты разубеждались в наличии физической патологии и стремились к лечению у психиатра, твердо веря в наличие у себя тяжелой депрессии.

Один из обследованных нами пациентов демонстрировал анестезию чувства сна (A.G. Harvey, L.S. Talbot, A. Gershon, 2009) с уверенностью в полной бессоннице при объективных свидетельствах наличия сна, достаточного по продолжительности и глубине, что было расценено как ипохондрия сна [130]. Меры по поддержанию достаточного ночного сна подчиняли себе весь распорядок его жизни. Так, в попытках наладить нормальный сон, им было пройдено огромное количество специалистов (психиатров, неврологов,

сомнологов и психологов), отмечалось отсутствие эффекта от препаратов первой линии, направленных на коррекцию нарушений засыпания, улучшения самочувствия удавалось достичь лишь после медикаментозной коррекции маниакального состояния.

У двух обследуемых на фоне повышенной активности, энергичности, ассоциативного ускорения (быстрой отвлекаемости, переключаемости с одной темы на другую) наблюдались проявления «моральной ипохондрии» (J.Falret, 1866) – утрированное внимание к причиненному болезнью ущербу – «моральному нездоровью», с настойчивым, достигающим степени одержимости, стремлением восстановить прежнее психическое функционирование или не допустить его дальнейшего ухудшения [17,59]. Пациенты жаловались на «неудовлетворительное» качество своего мышления и других психических процессов, воспринимая собственную психику как «неполноценную», «нарушенную болезнью», что сопровождалось стремлением во что бы то ни стало побороть болезнь, испытать на себе самые дорогостоящие препараты, новые методы лечения. При этом обследуемые не допускали даже мысли о возвращении к привычной жизни до тех пор, пока не достигнут прежнего уровня функционирования: демонстративно отказывались от повышения на работе, становились безразличными к нуждам близких, к прежним увлечениям, полностью переключаясь на проблему своей психической болезни.

Данный синдромальный вариант формировался на начальных этапах аффективной фазы – одновременно с нарастанием моторного и идеаторного ускорения возникали ипохондрические расстройства, вследствие чего развивалось смешанное состояние. Улучшение начиналось с уменьшения фиксации на своем здоровье, пациенты проявляли интерес к прежним увлечениям, становились менее взбудораженными, реже пытались завладеть вниманием лечащего врача, спокойно могли проводить время в одиночестве, не нуждаясь в постоянном отвлечении от мыслей о возможном физическом и

психическом неблагополучии. Длительность аффективной фазы составляла от 6 месяцев до 1 года (в среднем 8,7 месяцев).

По мнению ряда зарубежных и отечественных исследователей (St. Mentzos, 1967, А.А. Северный, Н.М. Иовчук, 1984, О.О. Сосюкало, 1988), наличие ипохондрической симптоматики (как проявления депрессивного полюса) в структуре маниакального симптомокомплекса говорит о смешанности таких состояний [5,61,160].

В.М. Чудаков (1994) в своей работе, посвященной гипертимическим ипохондриям, рассматривает два варианта ее течения - эйфорическую и дисфорически-маниакальную. Первый тип течения имеет сходные черты с ипохондрическими маниями у гипертимных личностей. Однако в данном случае автор указывает, что гипертимия рассматривается не в рамках преморбидных личностных черт, а как аффективное расстройство маниакального полюса, и выражается характерными для маниакальной триады проявлениями – повышенной активностью, ускорением темпа мышления и речи, переоценкой собственных возможностей и достоинств, безапелляционностью суждений. Ипохондрические нарушения в структуре эйфорической ипохондрии также реализуются преимущественно в аутопсихике (идеоипохондрия), тогда как расстройства соматопсихической сферы ограничены отдельными симптомами (телесными сенсациями в виде болей, сдавлений, стягиваний, жжения в определенных частях тела) [66].

По результатам психометрического обследования средние значения по YMRS – 28 баллов (маниакальное состояние); HDRS – 8,5 баллов (депрессивное расстройство легкой степени).

3.1.2. Депрессии со смешанными чертами

Наблюдались у 38 обследуемых (55,8%). Данные состояния были подразделены на тревожно-ипохондрические депрессии, полиморфные депрессии, соматоформную декомпенсацию. У всех пациентов проявления депрессивной триады были представлены в полном объеме или частично,

маниакальные признаки имели «сглаженный» характер, но, тем не менее, вносили существенный вклад в структуру аффективной фазы.

Тревожно-ипохондрические депрессии (38,2%) обнаруживались в 26 клинических наблюдениях, среди которых было 23 женщины и 3 мужчин. Этот вариант аффективно-смешанных состояний формировался в возрасте от 27 до 54 лет, средний возраст составил 42,7 лет.

Проявления депрессивной триады были представлены несколько сниженным аффективным фоном, признаки моторного и идеаторного торможения были не выражены (у большинства пациентов, наоборот, отмечалась повышенная двигательная активность, ассоциативное ускорение).

Тревожно-ипохондрические депрессии характеризовались наличием выраженной тревоги как немотивированной, так и конкретной со страхом сойти с ума, формирования инвалидизирующего психического или соматического заболевания. У части пациентов тревога сочеталась с апатией, проявляющейся в виде снижения интереса к прежним увлечениям, нежелания заниматься делами, которые раньше могли выполнять легко. Отмечалось притупление эмоциональных реакций, что субъективно характеризовалось как ощущение «неполноты, дефицита положительных эмоций».

У большинства представителей этой клинической группы имела место гиперактивация в виде моторного ускорения, когда обследуемые были чрезмерно подвижны, суетливы, сохраняли прежнюю (или даже большую, чем обычно) физическую активность, продолжали вести светскую жизнь, посещая различные мероприятия, объясняя стремление к деятельности единственным способом отвлечения от тревожных переживаний и некоторого улучшения аффективного фона. Также отмечались и признаки идеаторного ускорения – быстрый темп речи, многоречивость, разговор в форме монолога во время описания своего состояния врачу, легкая переключаемость с одной темы на другую, особенно заметная в момент сбора анамнестических сведений.

Все обследуемые демонстрировали правильный суточный ритм, когда во второй половине дня тревога практически полностью редуцировалась, появлялось желание общаться, при этом, осознавая, что утром вновь можно ждать ухудшения, больные зачастую неосознанно откладывали момент отхождения ко сну, несмотря на чувство усталости испытывали взбудораженность. Ночной сон не приносил чувства отдыха, отмечались трудности засыпания и/или частые пробуждения. Аппетит был преимущественно снижен (у нескольких обследуемых не нарушался).

Формирование тревожно-ипохондрической депрессии во всех наблюдениях отмечалось уже в начале аффективной фазы. Регресс наблюдаемой симптоматики начинался с уменьшения выраженности тревоги, нормализации ночного сна и аппетита, появления умеренной активности и бодрости, дефицит которых приносил выраженный дискомфорт в утренние часы. Несмотря на уменьшение интенсивности, тревога сохранялась на протяжении длительного времени и хуже остальных симптомов поддавалась лечению, однако после подбора ПФТ и, зачастую, снижения дозировок назначенного ранее антидепрессанта, она полностью редуцировалась. Длительность подобных фаз составляла от 1,5 до 6 месяцев, средняя продолжительность – 3,5 месяца.

Тревожные депрессии в рамках смешанных состояний были описаны еще на рубеже XIX-XX веков. Их характеристика встречается в трудах С. Wernicke («ажитированная меланхолия» с интенсивной тревогой, речевым напором и скачкой идей), Е. Kraepelin («ажитированная депрессия» с тревогой и сниженным аффектом на фоне моторной и идеаторной ускоренности), В.А. Гиляровского («ажитированная меланхолия» с акцентом на депрессивный компонент) [56,142,205]. Современные авторы (Н.С. Akiskal, F.Benazzi, А.Кoukoroulos, А.Marneros, А.С. Аведисова, Р.В. Воробьев), также описывая в своих работах аффективно-смешанные состояния, упоминают об ажитированных депрессиях, которые характеризуются сниженным аффективным фоном в сочетании с двигательным ускорением,

неусидчивостью, взбудораженностью, немотивированным беспокойством [4,40,88,140,141,154,155].

По данным психометрии YMRS – 12,5 баллов (пограничное значение между нормой и гипоманией), HDRS – 11,2 балла (депрессивное расстройство легкой степени).

Полиморфные депрессии, 8,8 %, отмечались у 6 обследованных, все пациенты были женского пола. Данный вариант развивался в возрасте от 22 до 38 лет, средний возраст – 29,5 лет.

Полиморфные депрессии характеризовались неврозоподобными (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). Депрессивная триада была представлена признаками двигательного торможения, тимический компонент в основном проявлялся апато-адинамическими, анестетическими нарушениями и тревогой, как диффузной, так и пароксизмальной (причем эпизоды пароксизмальной обычно возникали на фоне диффузной тревоги). Тревога проявляется ощущением напряжения и внутренней дрожи в теле, неусидчивостью, невозможностью расслабиться, навязчивыми сомнениями.

У всех обследуемых отмечались трудности концентрации внимания, при этом они говорили в ускоренном темпе, речь была непоследовательной, сбивчивой, с напором, зачастую пациенты перескакивали с одной темы на другую, упоминали о «наплывах» мыслей.

У большинства представителей этой клинической группы наблюдались потеря интереса к прежним увлечениям, быстрая утомляемость, в связи с чем в начале лечения они были малоинициативны, ограничивали себя в нагрузках, как физических, так и интеллектуальных, но вскоре после начала приема ПФТ (в большинстве случаев даже ранее ожидаемого действия

препаратов) становились активными и деятельными, какими были до возникновения болезненного состояния.

У половины пациентов этой группы наблюдались чувствительные конверсии – онемение в конечностях, разнообразные мигрирующие боли в теле, а также проявления по типу психогенного мутизма, логоневроза. При этом данные проявления всегда обнаруживали феноменологически родственную связь с депрессивным аффектом и степенью его выраженности, и со снижением его экспрессивности они быстро подвергались редукции.

Суточный ритм у большей части обследуемых выражен не был. В нескольких клинических случаях отмечалась его инверсия, что проявлялось ухудшением состояния в вечерние часы, когда возникала немотивированная тревога, усугублялись конверсионные расстройства, пациентки требовали повышенного внимания со стороны врача. Нарушение ночного сна наблюдалось практически у всех представительниц этой подгруппы (в основном имели место трудности засыпания, поверхностный сон, отсутствие чувства отдыха по утрам). Тем не менее, сохранялся привычно свойственный повышенный уровень влечений (либидо, аппетит).

Формирование этого психопатологического варианта происходило следующим образом: на фоне смешанного аффективного фона с наличием, с одной стороны, субъективно испытываемой подавленности, астено-апатических проявлений, с другой – ассоциативной ускоренности с тревогой различной степени выраженности, нарастала неврозо- и психопатоподобная симптоматика. Выход из данного состояния, как правило, начинался с выравнивания аффективного фона, редукции тревоги, улучшения ночного сна и аппетита. Длительное время сохранялись неврозоподобные расстройства (преимущественно деперсонализационные), конверсионные проявления, которые доставляли выраженный дискомфорт и создавали впечатление отсутствия положительной динамики. В двух наблюдениях у пациенток после полного исчезновения депрессивной симптоматики имела

место тенденция к инверсии аффекта. Продолжительность полиморфных депрессий составляла от 6 месяцев до 2 лет, в среднем – 1 год и 2 месяца.

Ранее полиморфные состояния в качестве депрессий со смешанными чертами не выделялись в отдельную группу. Как правило, рассматривались преимущественно депрессивные состояния, в которых в той или иной степени встречались невротоподобные включения [13,14,57,63]. О том, что, несмотря на обилие депрессивной, психопатоподобной и невротической симптоматики, могут иметь место проявления маниакальной триады, упоминается в работах H.S. Akiskal, G. Perugi [73,172]. А.С. Аведисова, Р.В. Воробьев, описывая типологию смешанных депрессий в клинике БАР, говорят о депрессии со скачкой идей [4,5]. Аффективные проявления этого состояния сходны с составляющими полиморфной депрессии (имеет место ассоциативное ускорение, некоторое моторное торможение и декларируемый сниженный фон настроения). Авторами также упоминается, что в преморбиде данного психопатологического варианта отмечались гипертимные черты.

Данные психометрического обследования были схожи с результатами предыдущих подгрупп: YMRS – 15,6 баллов (гипоманиакальное состояние), HDRS – 10,5 баллов (легкое депрессивное расстройство).

Соматоформная декомпенсация (8,8%). Наблюдалась у 6 обследуемых, встречалась исключительно среди пациенток женского пола в возрасте от 25 до 41 года (средний возраст – 34,1 года).

При этом варианте смешанных депрессий в качестве изолированной ведущей симптоматики имели место вегетативные конверсионные расстройства на фоне «вторичной» тревожно-ипохондрической субдепрессии. Депрессивная триада была представлена незначительным снижением аффективного фона, а также мягким ассоциативным торможением. Активность у большинства обследуемых сохранялась на уровне привычной.

Вегетативные конверсионные расстройства проявлялись в виде приступов рвоты (4 пациентки), которые возникали без связи с приемом пищи на фоне

стрессовых ситуаций, и выпадения волос (2 пациентки), также спровоцированного психогенно и, как правило, не приводящего к видимой алопеции. Субдепрессия характеризовалась несколько подавленным аффективным фоном, повышенной обеспокоенностью собственным физическим здоровьем, плаксивостью, моральной усталостью. Ипохондрия достигала сверхценного уровня. Пациентки обращались к различным специалистам соматического профиля, по рекомендации которых попадали на консультацию к психиатру.

Тимические жалобы пациентками практически не предъявлялись, фон настроения характеризовался ими как «обычный, ровный», лишь при подробном расспросе удавалось выяснить, что имели место признаки аффективного снижения в виде непродолжительных эпизодов подавленности без видимой причины, ранее несвойственного стремления к уединению. Также отмечались правильный суточный ритм, нарушение сна по типу трудностей засыпания или частых пробуждений, аппетита (как в сторону повышенного, так и сниженного до полного отсутствия с отказом от пищи на 1-2 дня), потеря интереса к жизни, пессимистическая окраска прошлого и будущего. Обследуемые легко переключались на сторонние темы, отвлекались, становились разговорчивыми, могли пошутить, но после возвращения к беседе о своем состоянии вновь становились подавленными, зачастую на их глазах появлялись слёзы.

Становление аффективной фазы с развитием соматоформной декомпенсации происходило с изменения на фоне экзогенной провокации тимического компонента, появления астено-апатических симптомов, а затем имело место присоединение различных конверсионных расстройств. Обратное развитие симптоматики начиналось с субъективного ощущения нормализации настроения, прекращения плаксивости, возвращения оптимистичного мировоззрения. Выраженность конверсионных расстройств также уменьшалась наряду с улучшением аффективного фона, однако стрессовые ситуации могли спровоцировать их возникновение. Длительность этого

варианта смешанных состояний составляла от 4 до 10 месяцев (средняя продолжительность 5,8 месяцев).

А.Б. Смулевич (2016), неоднократно описывая в своих работах соматоформные расстройства, упоминает о реакциях по типу симптоматической лабильности – состояниях, когда на фоне острых или затяжных стрессовых ситуаций могут проявиться соматические симптомы, а также признаки депрессии (подавленность, тревога, апатия)[54].

Психометрические данные по обеим шкалам демонстрировали наличие невыраженных аффективных нарушений: YMRS – 14 баллов (гипоманиакальное состояние), HDRS – 9,5 баллов (легкая депрессия).

3.1.3. Альтернирующий вариант

Встречался у 4 обследуемых (6%), среди которых было 3 пациентки женского пола и 1 – мужского. Этот психопатологический вариант формировался в возрасте от 22 до 27 лет, средний возраст 24,5 года.

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. У 3 обследованных альтернирующие тенденции касались только тимического компонента, в то время как моторный и идеаторный сохранялись относительно стабильными: у одной пациентки отмечалось ускорение двигательной и мыслительной функций, у двоих – замедление. У одной обследуемой альтерация затрагивала все три компонента аффективной триады и таким образом за 1-2 часа признаки умеренной депрессии (подавленность, тоска, элементы тревоги, недовольство собой) сменялись типичным гипоманиакальным состоянием (приподнятым фоном настроения, повышенной общительностью, активностью, зачастую непродуктивной).

Состояния, при которых на фоне аффективного полюса, приближающегося к типичному маниакальному, происходила внезапная, в течение 2-3 ч полная

смена полюса настроения с появлением подавленности, угнетенности, слезливости, ранее были описаны О.О. Сосюкало (1988), McElroy S.L., Strakowski S.M., West S.A (1997), Г.И. Копейко (2011). Они также говорили о том, что альтерация может затрагивать как все составляющие аффективной триады, так и ее отдельные компоненты [24,61,157,158].

Среди обследованных нами пациентов, как правило, в утренние часы наблюдались проявления депрессии в виде выраженной немотивированной тревоги, подавленности, тоски, слезливости с идеями малоценности, высказыванием упреков в свой адрес, недовольством собой, идеями самообвинения, несуйцидальным аутоагрессивным поведением (самопорезы, расцарапывание и обжигание кожи, препятствование заживлению ран), мыслями о бессмысленности жизни и суицидальными размышлениями без конкретных намерений их реализации (клинически может быть отнесена к тяжелой депрессии, однако, по шкале HDRS (14 баллов) соответствует депрессии умеренной тяжести). Во второй половине дня имела место картина гипоманиакального состояния – пациенты становились активными, энергичными, появлялось желание общаться, заниматься творчеством (писали стихи, песни, обучались игре на музыкальных инструментах), шутить, наряжаться и наносить яркий макияж (YMRS – 17 баллов – гипомания). Инверсия полюса происходила без периодов эутимии. Кроме того, 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.

У отдельных пациенток (две обследуемые) смена фаз происходила до 3-4 раз в день, в таком случае колебания не имели классического для аффективных расстройств суточного ритма.

Длительность альтернирующей фазы в среднем составляла 3,5 месяца. Затем отмечалась некая стабилизация состояния с явным преобладанием определенного полюса аффекта (преимущественно депрессивного). При этом имели место умеренная подавленность, тревога, идеи вины. В течение двух недель наблюдалась редукция депрессивной симптоматики, формирование эутимического фона настроения.

3.2. «Двойные» мании у гипертимных личностей

Данные состояния развивались за счет углубления конституционального приподнятого аффекта, свойственного личностям гипертимного круга. В эту группу вошло 10 пациентов (14,7% обследуемых), среди которых было 7 женщин, 3 мужчин, средний возраст 36,5 лет.

Маниакальная триада была представлена в классическом варианте – наблюдались стойко приподнятый аффективный фон, повышенная моторная и идеаторная ускоренность. У пациентов отмечались 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.

Проявления веселой мании наблюдались у 5 обследуемых (2 женщин, 3 мужчин). У пациентов, независимо от внешних обстоятельств, были ярко выражены признаки маниакальной триады – фон настроения сохранялся необъективно приподнятым (достигающим эйфории), имели место чрезмерная активность, непродуктивная деятельность, повышенное стремление к общению, шутливость, неутомимость. Пациенты были непоследовательны в повествовании, легко отвлекались от разговора на внешние раздражители. При этом отмечалась частичная критика,

наблюдалась несвойственная ранее взбудораженность, которая, однако, не доставляла беспокойства или неприятных ощущений.

Гневливая мания была диагностирована у 2 пациенток. На фоне выражено приподнятого аффекта, моторного и идеаторного ускорения развивались повышенная раздражительность, гневливость, придирчивость, оппозиция в отношении рекомендаций врача, враждебность к родственникам. Уговоры и рекомендации вызывали лишь усиление вербальной агрессии и гневливых реакций. Критики к своему состоянию не отмечалось, в одном случае имела место недобровольная госпитализация в стационар по месту жительства (в соответствии с Законом РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 30.12.2021) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", статья 29, пункт а).

У 3 обследуемых (все пациентки женского пола) отмечались проявления психопатоподобной мании. При этом наблюдались признаки нарушения поведения, связанные с оживлением влечений (злоупотребление ПАВ, склонность к промискуитету, клептоманические проявления). Имели место частичные колебания аффекта, когда на фоне стойко приподнятого настроения возникали перепады от взбудораженности до дисфорических проявлений с истероформными включениями. Деятельность пациенток была непродуктивна, имела место выраженная отвлекаемость, достигающая степени гиперметаморфоза, наблюдались эмоциональная невосприимчивость, дефицит эмпатии. Также отмечалась тенденция преуменьшать выраженность проявлений болезни, акцентируя внимание на субъективно испытываемых побочных эффектах проводимой ранее терапии. При всех вариантах проявлений «двойной» мании наблюдалось стойкое нарушение ночного сна (трудности засыпания, ранние пробуждения, отсутствие потребности во сне и сна в целом в течение 2-3 дней), снижение аппетита с достаточно быстрым похуданием или, наоборот, переедания без страха набора веса и иных последствий.

Редукция маниакальной симптоматики начиналась с уменьшения двигательной активности, упорядоченности мыслительных процессов, тенденции к выравниванию (возвращению к привычному, слегка приподнятому настроению) аффекта, появлению критики к перенесенному состоянию. Длительное время у пациентов этой группы сохранялись трудности засыпания и/или ранние пробуждения, сон нормализовался лишь после значительного уменьшения выраженности проявлений маниакальной триады. Длительность подобных фаз составила от 1 до 6 месяцев, средняя продолжительность – 3,1 месяца.

Термин «двойные» мании в русскоязычной литературе впервые упоминается академиком А.Б. Смулевичем (2009), который описывает их как аутохтонный подъем настроения при наличии хронической гипертимии [47,56]. О подъеме настроения на фоне конституционально-гипертимных личностных нарушений также говорят Г.Э. Мазо и А.П. Коцюбинский (2020). Они характеризуют «двойные» мании как циркадные варианты развития заболевания в форме клинически выраженных маниакальных состояний [37]. По YMRS все обследуемые нами пациенты этой клинической группы демонстрировали проявления маниакального или выраженного маниакального состояния, средний балл – 30,8 (мания). Оценка по шкале депрессий Гамильтона не проводилась, так как признаков аффективного снижения, а также моторного и идеаторного торможения выявлено не было.

* * *

В ходе анализа клинико-психопатологических особенностей аффективных фаз у личностей гипертимного круга было установлено, что аффективные состояния со смешанными чертами 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%), также

достаточно часто встречаются астенические гипомании (19,1%), на полиморфные депрессии и соматоформную декомпенсации приходится по 8,8% обследуемых, альтернирующий вариант имеет место в 6% случаев, реже всего встречаются ипохондрические мании (4,4%).

В соответствии с результатами психометрической оценки по шкале Гамильтона депрессивный компонент аффективно-смешанных состояний не превышает степень легкой депрессии – 11,2 баллов, однако в отдельных случаях (при альтернирующем варианте) проявления могут быть достаточно выраженными и достигать степени умеренной депрессии (HDRS – 14 баллов).

Отсутствие монополярных депрессивных фаз у гипертимов косвенно может подтверждать гипотезу о том, что гипертимия является субсиндромальным аффективным расстройством и предиктором развития расстройств биполярного спектра. Для проверки этого предположения был проведён анализ клиничко-катамнестически изученных больных (68 человек), с длительностью катамнеза от 3 лет, результаты которого представлены в IV главе.

3.3. Типология гипертимных личностей с фазной аффективной динамикой

Обследование лиц из круга гипертимных показало, что, несмотря на наличие у большинства пациентов таких общих характерологических черт, как повышенная активность, энергичность, жизнерадостность, между ними есть существенные различия, которые способствуют развитию в динамике конкретных аффективных фаз.

Попытки создания классификации гипертимных личностей и вариантов их динамики предпринимались неоднократно. Выделяли уравновешенных и возбудимых (Schneider K., 1928), гипертимно-неустойчивых, гипертимно-истероидных и гипертимно-эксплозивных (Личко А.Е., 1983), стабильных и нестабильных гипертимов (Смулевич А.Б., Волель Б.А., Пушкарев Д.Ф.,

Нефедьева И.О., 2011)[8,29,45,190]. К уравновешенным, стабильным относились личности с устойчиво приподнятым фоном настроения и оптимистичным взглядом на жизнь, высокой продуктивностью; возбудимые неустойчивые, нестабильные характеризовались эмоционально-лабильными чертами, вспыльчивостью, раздражительностью, некритичностью к своим действиям, но также сохраняющими оптимизм, высокую самооценку.

Все исследователи придерживались мнения, что лица с неустойчивыми вариантами гипертимии наиболее подвержены развитию аффективных фаз. Вместе с тем Н.С. Акискал (1994, 1997) считал, что и саму гипертимию можно считать «стертой формой аффективного заболевания», а как вариант динамики описывал гипертимическую депрессию (1999) [84,87,114,173].

Среди обследованных нами 68 пациентов из круга гипертимных было выделено 4 типологических варианта: тревожно-гипертимный, истеро-гипертимный, шизоидно-гипертимный и «эталонный». Взаимосвязь между типами гипертимии и аффективными фазами представлена в табл.6

3.3.1. Тревожно-гипертимный тип и его динамика в рамках аффективных состояний

Этот тип гипертимии представлен 14 обследуемыми (20,6%), среди которых было 12 женщин, 2 мужчин, средний возраст – 44,5 года. Главными характеристиками тревожно-гипертимного варианта стало сочетание повышенной активности, энергичности, оптимизма, общительности с такими чертами, как мнительность, склонность к сомнениям, самоанализу, перфекционизм, скупуллезность, чрезмерная добросовестность, повышенная ответственность, требовательность, раздражительность, озабоченность своим здоровьем и стремление к поддержанию здорового образа жизни. Повышенная энергичность и тревожность в равной степени вносили свой вклад в высокий уровень социальной и семейной активности, такие люди реализовывались как "идеальные" родители, быстро продвигались по

карьерной лестнице и занимали руководящие должности, прекрасно справляясь с ответственной работой.

Сходный по своим проявлениям вариант гипертимии (гипертимно-эксплозивный тип) был описан И.Ф. Случевским (1957 г.) [53]. Он характеризовался такими чертами, как педантичность, упрямство, придирчивость, а также склонностью к развитию аффективных реакций – непродолжительных эпизодов тоски, подавленности. Однако свойственные таким личностям агрессивность, жестокость, ограниченность интересов у обследованных нами представителей тревожных гипертимов не выявлялись, что говорит об отсутствии у наших обследуемых ярко-выраженных нестабильных черт.

Тревожные гипертимы были подвержены реактивной и соматореактивной хрупкости. Присущие другим типам гипертимных личностей легкость, поверхностность восприятия событий у них не отмечались. Так, любая неудача вызывала у этих личностей многочисленные переживания, сомнения в наличии у себя каких-либо навыков, благодаря которым можно было избежать малозначимых, зачастую малозаметных окружающим, неурядиц.

На преморбидном этапе тревожных гипертимов неоднократно имели место субдепрессивные реакции с незначительным снижением аффективного фона, сопровождавшиеся повышенным уровнем тревоги, идеями вины сверхценного уровня, мягкими ипохондрическими проявлениями.

У большинства представителей этого типа (11 человек, 78,6%), при развитии аффективного заболевания наблюдалось смешанное состояние в виде тревожно-ипохондрической депрессии, которая характеризовалась, прежде всего, развитием выраженного беспокойства за свое физическое и психическое здоровье, а уже затем умеренной подавленностью, тоской. В некоторых случаях тревога была немотивированной, фоновой, сохранялась на протяжении всего дня, достигая пика в утренние часы. Также имели место эпизоды пароксизмальной тревоги, возникающие при дополнительной психогенной провокации.

У 3 пациентов (21,4%) с данным видом гипертимии аффективное состояние было представлено астенической гипоманией, когда на первый план выходили повышенная утомляемость, ощущение бессилия, морального истощения. Однако и среди этих пациентов имела место достаточно интенсивная тревога за свое состояние, беспокойство из-за того, что свойственные им ранее энергичность и активность не могут быть реализованы в достаточном объеме.

В целом, тревожные гипертимы, более ответственно, чем остальные обследуемые, подходили к процессу лечения аффективного состояния, аккуратно принимали ПФТ, инициировали консультации, охотно соглашались на лечение в стационаре, не стремились выписываться из клиники при появлении явной положительной динамики, настаивая на необходимости «закрепить результат».

3.3.2. Истеро-гипертимный тип и его динамика в рамках аффективных состояний

Данный вариант был представлен 35 обследуемыми (51,4%), включавшими 30 женщин, 5 мужчин. Средний возраст представителей этого типа составил 38,7 лет.

Истеро-гипертимный тип подразумевал помимо классических гипертимных наличие гистрионных личностных черт в виде повышенной эмоциональности, преувеличенного самомнения, склонности к драматизации, фантазированию, манипулированию другими, стремлению к признанию со стороны окружающих, вытеснению субъективно травмирующих переживаний. Кроме того, для пациентов этой группы были свойственны повышенная озабоченность своей внешностью (яркая, эксцентричная одежда, обилие украшений, «кричащий» макияж, татуировки), манерность, наигранность. Треть пациентов этого типа имела эмоционально-неустойчивые черты (импульсивность, неуравновешенность, низкая

способность к самоконтролю, склонность к употреблению алкоголя и легких наркотиков, промискуитету).

Классифицируя личностей гипертимного круга, подобный вариант выделял А.Е. Личко [29]. Он описывал гипертимно-истероидный личностный тип, который характеризовал наличием таких черт, как «желание прихвастнуть, произвести впечатление, покрасоваться перед другими», а также артистичность, изобретательность, демонстративность. Свойственные гипертимам общительность, повышенная активность у этого варианта также встречались, но в более сбалансированном варианте, в рамках акцентуаций и без характеристик возможной декомпенсации.

На преморбидном этапе у истеро-гипертимов часто возникали транзиторные конверсионные расстройства (логоневроз, «ком» в горле, непродолжительное онемение отдельных участков конечностей), истерические реакции, преходящие деперсонализационные и ипохондрические проявления субклинического уровня [49,107].

Этот тип гипертимии оказался не только наиболее часто встречаемым среди пациентов с аффективными фазами, но и самым разнородным в плане клинических проявлений: 9 представителей истеро-гипертимов (25,7%) перенесли аффективное состояние со смешанными чертами в виде тревожно-ипохондрической депрессии, что проявлялось наличием тревоги как пароксизмальной, по типу «панических атак», так и диффузной, сенесто-ипохондрических расстройств невротического уровня (боли, онемение в конечностях, внутренних органах, «судороги» мышц).

Также 9 человек (25,7%) имели проявления астенической гипомании – ощущение физической слабости, повышенной утомляемости, снижение работоспособности. При этом отмечалась тенденция к преувеличению жалоб, стремление вызвать сочувствие окружающих.

У 6 обследуемых (17,1%) аффективные расстройства были представлены полиморфной депрессией, когда в структуре фазы помимо декларируемых подавленности, апатии, тревоги, существенное место занимали

конверсионные расстройства («ком» в горле, онемение конечностей, нарушения речи по типу психогенного мутизма, логоневроза), деперсонализационные явления.

Проявления по типу соматоформной декомпенсации демонстрировали 5 пациенток (14,3%). При этом состоянии отмечались различные вегетативные конверсионные расстройства (приступы рвоты, выпадение волос) на субдепрессивном аффективном фоне.

У 4 представителей данного типа (11,4%) имела место «двойная» мания, проявляющаяся в виде гневливой ипсихопатоподобной мании. Так, помимо повышенной активности и энергичности, дисфорических проявлений в структуре состояния преобладали расстройства влечений.

2 пациента (5,8%) демонстрировали проявления ипохондрической мании, когда кроме проявлений маниакальной триады, сочетающихся с повышенной озабоченностью своим здоровьем, имели место впечатлительность, тенденция к обвинению врача в своем физическом и психическом неблагополучии.

Все обследуемые помимо аффективной симптоматики были склонны к проявлению истерических реакций (рыдания, крики, катание по полу), преувеличению симптоматики, постоянной потребностью в общении с врачом и посвящению окружающих в свои проблемы.

3.3.3. Шизоидно-гипертимный тип и его динамика в рамках аффективных состояний

В данную группу вошло 5 пациентов (7,4%), среди которых были 4 женщины, 1 мужчина, средний возраст на момент обследования – 23,8 лет. Шизоидно-гипертимный тип был представлен преимущественно пациентами с экспансивными чертами. Помимо таких характеристик, как повышенная активность, уверенность в себе, раскрепощенность, привычно укороченный ночной сон, пациенты этой группы были склонны к богатству внутреннего мира, фантазированию, сверхценным увлечениям, формальной

общительности, стеничности, решительности, эмоциональной бедности и рационализму.

О гипертимах, которым свойственно отсутствие заинтересованности в тесных эмоциональных контактах, писал С.Ю. Циркин [65]. Он, однако, не классифицировал гипертимию и не считал эту особенность свойством определенного типа, а говорил, что это характерно для всех личностей гипертимного круга, наравне с повышенной активностью и энергичностью.

Практически во всех случаях в той или иной мере у шизоидных гипертимов встречались эмоционально-неустойчивые черты: в анамнезе имело место аутодеструктивное поведение (употребление алкоголя и легких наркотических средств, нахождение в асоциальных компаниях, сексуальные эксцессы, self-harm в виде самопорезов, ожогов, расцарапывания и иных вариантов физического страдания). Кроме того, у обследуемых, отнесенных к шизоидным гипертимам, выявлялись истерические черты (демонстративность, впечатлительность), что определяло их как самых дисгармоничных, парадоксальных личностей выборки.

Превалирующее количество представителей этого типа (4 пациента, 80%) в динамике демонстрировало альтернирующий вариант смешанных состояний с резкой инверсией фазы в течение суток/нескольких часов. Также среди шизоидных гипертимов была 1 пациентка (20%) с проявлениями по типу «двойной» психопатоподобной мании, чередовавшихся по анамнестическим сведениям с достаточно выраженными проявлениями полиморфной депрессии. Психопатоподобная мания характеризовалась наличием взбудораженности, дисфорическими включениями, вспышками гнева, сексуальными и садистическими влечениями.

Аффективные состояния шизоидных гипертимов имели сложную атипичную структуру, обнаруживая существенное отличие от фаз, диагностированных у лиц с другими гипертимными вариантами.

3.3.4. «Эталонный» гипертимный тип и его динамика в рамках аффективных состояний

Этот тип включал 14 представителей (8 женщин, 6 мужчин) – 20,6%, средний возраст которых был 35,9 лет. Обследуемые, отнесенные к «эталонным», характеризовались наличием типичных гипертимных черт – оптимистичность, общительность, энергичность, коммуникабельность, открытость, отзывчивость, трудолюбие, постоянное стремление к продуктивной деятельности и как следствие – успешность в выбранной профессии, быстрый карьерный рост. Также представителям этого типа были свойственны уверенность в себе, умение добиваться поставленных целей, решительность. По Е. Kretschmer данный тип получил название «энергичные практики» и описывался им как сочетание «живости, подвижности, свежести с трудолюбием и трезвостью ума»[41,144].

Напреморбидном этапе «эталонные» гипертимы имели склонность к авантюрным поступкам, занятием экстремальными видами спорта, необдуманном финансовым тратам, кратковременным влюбленностям, часто приводящим к разладу в привычный жизненный уклад.

Этот тип гипертимии продемонстрировал разнородность вариантов динамики: у 5 представителей отмечались депрессии со смешанными чертами (4 пациента (28,6%) с тревожно-ипохондрической депрессией, 1 (7,1%) – соматоформная декомпенсация), у 4 – смешанные мании (1 (7,1%) – ипохондрическая мания, 3 (21,4%) – астеническая гипомания). 5 обследуемых (35,8%) имели проявления по типу «двойной» мании.

Тревожно-ипохондрические депрессии «эталонных» гипертимов характеризовались нестойкими ипохондрическими идеями, умеренной тревогой, беспокойством, что из-за своего психического неблагополучия они станут обузой для близких. Фон настроения оставался немного подавленным непродолжительное время и выравнивался одновременно с редукцией тревожных переживаний. Соматоформная декомпенсация у этого варианта так же, как и в других, описанных ранее, случаях, проявлялась

незначительным изменением аффективного фона, но выраженных конверсионных расстройств у «эталонных» гипертимов не отмечалось (обследуемая наблюдала выпадение волос на фоне стрессовых ситуаций, при этом тревоги, страха за возможное физическое либо психическое благополучие не было).

Ипохондрическая мания у представителя данного типа гипертимии протекала по типу анестезии чувства сна, при этом настроение большую часть времени (за исключением непродолжительного периода после утреннего пробуждения) было приподнятым, пациент сохранял привычную активность и оптимизм, принимал участие в общественной жизни.

Астеническая гипомания у «эталонных» гипертимов проявлялась в виде повышенной утомляемости, усталости, ощущения нехватки сил и энергии при сохраняющейся объективно повышенной энергичности, активности, работоспособности.

«Двойные» мании характеризовались проявлениями простой веселой мании с чрезмерно приподнятым, достигающим эйфории, настроением, повышенной активностью, избыточной деятельностью, как правило, непродуктивной. У двух обследуемых отмечались отрывочные, нестойкие бредовые идеи, конгруэнтные аффективному фону.

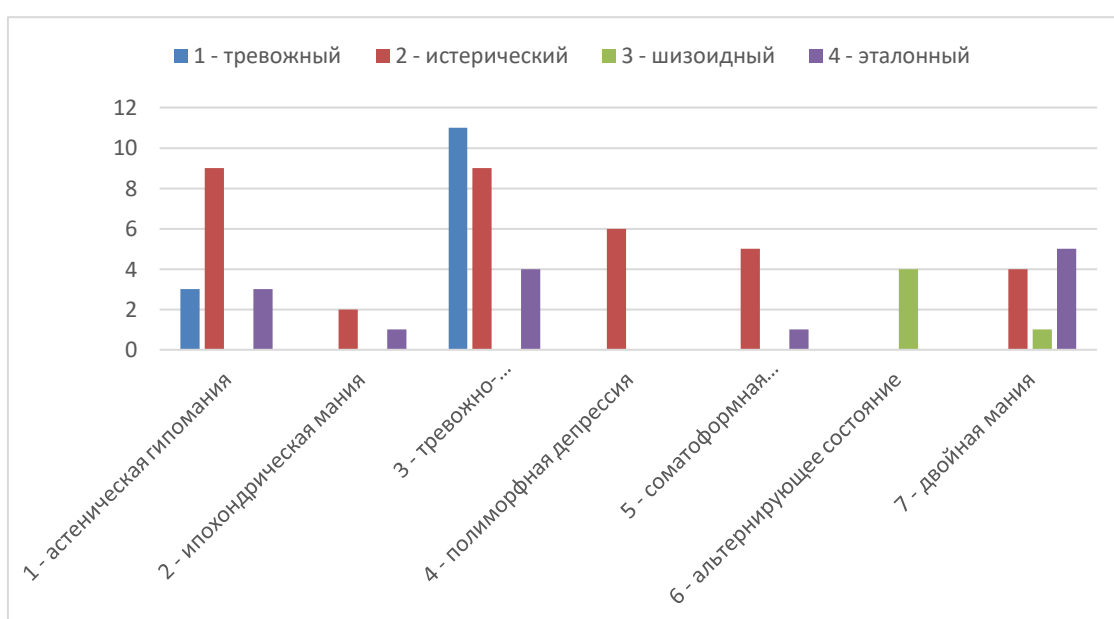


Рис. 1 Взаимосвязь между типом гипертимии и аффективными фазами.

Примечание: Хи-квадрат Пирсона = 78.3862, Pr = 0.000 **Вывод:** Связь признаков Типология и Тип гипертимии статистически высоко значима, т.к. Pr << 0.05.

Гипертимные личности с развитием клинически-очерченных аффективных фаз неоднородны по своей психопатологической структуре и имеют особенности патохарактерологической нюансировки, позволяющие выделить тревожно-гипертимный, истеро-гипертимный, шизоидно-гипертимный и "эталонный" типы. Разработанная классификация гипертимии выявляет преобладание истеро-гипертимного типа (51,4%); лишь 20,6% пациентов можно отнести к "эталонным" гипертимам. 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 позволяет говорить о серьезной дисгармоничности гипертимного склада выборки, что, предположительно, может быть расценено как предиктор дальнейшей клинико-нозологической трансформации гипертимии с развитием аффективной фазы и обращением за медицинской помощью.

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%). У истеро-гипертимов наблюдается максимальное разнообразие аффективных фаз, преобладают тревожно-ипохондрические депрессии и астенические гипомании (по 25,7%). Это позволяет сделать предварительные выводы о наличии взаимосвязи между типом гипертимии и вариантом ее динамики, что планируется дополнить другими методами исследования (нейроиммунологическим, патопсихологическим) и будет подробно рассмотрено в следующих главах.

Глава 4

**Клинические особенности фазных аффективных состояний у
гипертимных личностей в рамках непсихотических форм эндогенных
заболеваний и расстройств личности**

Проведенное исследование показало, что аффективные фазы у гипертимных личностей всегда имели смешанный или маниакальный характер, причем в смешанных состояниях субъективно, как правило, преобладали депрессивные проявления, а внешне пациенты демонстрировали такие маниакальные характеристики, как моторное и идеаторное ускорение, оптимистичные установки, повышенное стремление к общению. Таким образом, одной из основных задач данного исследования была оценка особенностей течения маний и депрессий со смешанными чертами и маниакальных состояний у личностей гипертимного круга. Корреляция психопатологической структуры фаз и нозологий у гипертимных личностей представлена в табл. 5.

При нозологической квалификации изученных случаев использовался клинико-катамнестический метод, учитывались такие параметры как типологическая разновидность фаз, возраст появления начальных признаков заболевания, возраст манифестации.

Таблица 5. Корреляция психопатологической структуры фаз и нозологий у гипертимных личностей

Диагноз	Аффективно-смешанные состояния					Альтернирующие состояния N(%)	«Двойные» мани N (%)
	Мани со смешанными чертами		Депрессии со смешанными чертами				
	Астенические гипомании N (%)	Ипохондрические мани N (%)	Тревожно-ипохондрические депрессии N (%)	Полиморфные депрессии N (%)	Соматоформная декомпенсация N (%)		
БАР	6 (15,4%)	3 (7,7%)	12 (30,8%)	4 (10,3%)	0	4 (10,3%)	10 (25,5%)
Циклотимия	4 (28,6%)	0	8 (57,1%)	0	2 (14,3%)	0	0
РЛ	Истерическое	1 (6,7%)	0	4 (26,7%)	0	4 (26,7%)	0
	Смешанное	2 (13,3%)	0	2 (13,3%)	2 (13,3%)	0	0

Клиническая группа пациентов состояла из 68 наблюдений, которые распределились на три группы согласно диагностированному заболеванию: биполярное аффективное расстройство (F31.1-F31.6) – 39 пациентов (57,4%), циклотимия (F34.0) – 14 пациентов (20,6%), расстройство личности (F61.0) – 15 пациентов (22%), среди которых у 9 были признаки истерического РЛ, у 6 – смешанного.

Продолжительность ремиссий обследуемых в преимущественном большинстве составляла менее года, ее длительность имела определенную связь с диагностированным заболеванием, что более подробно будет рассмотрено ниже (табл.6).

Таблица 6. Корреляция между длительностью ремиссии и диагнозом

Длительность ремиссии	Диагноз			Total
	БАР	Циклотимия	РЛ	
менее 1 года	16	1	10	27
1-2 года	11	5	2	18
2-3 года	5	2	2	9
3-5 лет	7	6	1	14
Total	39	14	15	68

Примечание: Хи-квадрат Пирсона = 12.91 , Pr = 0.045 **Вывод:** Связь признаков Длительность ремиссии Диагноз статистически значима, т.к. Pr<0.05.

4.1 Клинические особенности БАР у гипертимных личностей

Среди гипертимов с диагностированным БАР было 39 человек – 31 женщина, 8 мужчин в возрасте от 22 до 55 лет (средний возраст 39,6 лет). Заболевание манифестировало преимущественно в молодом возрасте (у 6 пациентов до 18 лет, у 23 – в период с 18 до 30 лет), однако у 10 обследуемых по данным субъективного и объективного анамнезов впервые психическое неблагополучие развилось после 30 лет. Чуть менее половины обследуемых (19 человек) имели высшее образование, 15 пациентов окончили средние специальные учебные заведения, 3 являлись студентами вузов, 2 имели только среднее образование, так как в связи с манифестацией психического заболевания были вынуждены оставить учебу в университете/институте. Большинство пациентов работало (11 обследуемых занимали руководящие должности) или уволилось незадолго до обращения к врачу.

У гипертимов, страдающих БАР, на момент обследования наблюдались оба варианта аффективных фаз – со смешанными чертами (29 пациентов, 74,5%) и «двойные» мании (10 пациентов, 25,5%). При этом, по данным анамнеза, у пациентов с проявлениями по типу «двойной» мании в прошлом наблюдались и аффективно-смешанные фазы, а около половины обследуемых с выявленными смешанными состояниями ранее отмечали более выраженный, чем в рамках характерологических черт, подъем настроения. Продолжительность фаз со смешанными чертами в среднем составляла 2-4 месяца, однако у некоторых состояние хронифицировалось и длилось до 2 лет. В таких случаях, как правило, имели место короткие (на 5-6 дней) периоды облегчения, когда пациенты возвращались к привычному жизненному ритму, ощущали себя такими же, какими были до болезни. «Двойные» мании отличались меньшей продолжительностью (до 2 месяцев), но вносили более выраженный разлад в обыденную жизнь обследуемых – за этот период пациенты зачастую лишались работы, оказывались в долгах, разрушали семейные отношения.

Таким образом, клиническая картина БАР у гипертимных личностей в подавляющем большинстве носит отчетливо биполярный характер и определяется периодическим возникновением состояний со смешанными чертами и маниакальных фаз.

4.1.1. Аффективно-смешанные состояния у гипертимных личностей с диагностированным БАР были представлены 29 пациентами, у которых отмечались, описанные выше, смешанные фазы: с преобладанием депрессивных, маниакальных расстройств, либо альтернирующие.

Состояния депрессивного типа имели преимущественно *тревожно-ипохондрический* характер (12 пациентов, 30,8%), длительность фаз у большинства обследуемых не превышала 3-4 месяцев, однако в двух случаях наблюдалось сохранение симптоматики на протяжении 1,5-2 лет. Частота фазно-аффективных состояний за весь период болезни в среднем составляла 1,4 фазы в год, их количество напрямую зависело от длительности заболевания. Характер фазообразования у всех обследуемых был литическим, что выражалось в постепенном нарастании симптоматики и плавной редукции аффективных проявлений. Зачастую появлению депрессивного состояния предшествовало кратковременное маниакальное (гипоманиакальное), когда настроение было еще более приподнятым, чем обычно, исчезала потребность в отдыхе, отмечались нестойкие, конгруэнтные аффекту, бредовые идеи. Практически всем обследуемым была свойственна сезонность возникновения фаз, лишь у пациентов с длительным течением она была менее явной. Продолжительность ремиссий в ходе заболевания составляла от 1,5 до 5 лет (в среднем 2,8 лет), причем отмечалась следующая закономерность: чем раньше манифестировало заболевание, тем короче были ремиссии.

Проявления смешанного состояния по типу *астенической гипомании* демонстрировали 6 пациентов (15,4%), продолжительность фаз составляла от 1,5 до 5 месяцев (в среднем 3,6 месяцев), частота возникновения – 2,3 фазы

в год. За весь период болезни имело место от 3 до 6 фаз, причем между аффективно-смешанными проявлениями более чем у половины пациентов, имели место гипоманиакальные состояния, которые, однако, было сложно дифференцировать от гипертимической «нормы». Четкой взаимосвязи между временем года и развитием аффективных проявлений выявлено не было. Механизм развития фаз у большинства пациентов был аутохтонным, лишь у двух обследуемых на начальных этапах заболевания существенный вклад вносила психогенная провокация. Ремиссии длились от 3 месяцев до 2 лет, преимущественно составляли менее 1 года (9,8 месяцев).

У 4 обследуемых (10,3%) состояние со смешанными чертами имело *полиморфную структуру*. Фазы характеризовались более длительным течением (от 6 месяцев до 1 года, средняя продолжительность 8,6 месяцев) при том, что частота их возникновения несущественно отличалась от тревожно-ипохондрических депрессий (1,5 фазы в год). На всем протяжении болезни имело место от 5 до 8 фаз, клиническая картина существенных изменений не претерпевала, но у половины обследуемых наблюдалась тенденция к нарастанию удельного веса невротоз- и психопатоподобных расстройств. Между фазами полиморфной структуры у обследуемых отмечались кратковременные (3-6 недель) периоды гипомании, когда фон настроения становился приподнятым, проявлялись признаки моторного и идеаторного ускорения, повышенная продуктивность, что субъективно расценивалось как «привычное состояние» и удавалось диагностировать лишь при детальном расспросе. Поведение при этом оставалось в рамках общепринятых норм. Механизм формирования аффективных фаз был эндореактивным. У большинства пациентов ремиссии отличались непродолжительностью (менее 1 года), лишь у одной представительницы этого варианта по анамнестическим данным отсутствие симптоматики наблюдалось на протяжении 4 лет.

3 гипертима(7,7%) с диагностированным БАР демонстрировали проявления по типу *ипохондрической мании*. Фазы имели затяжной характер, их

длительность составляла от 8 месяцев до 2 лет (в среднем 14 месяцев). За период болезни наблюдалось не более 3 фаз, во всех случаях их развитие было аутохтонным. Непродолжительные периоды облегчения состояния, связанные преимущественно с обращением к врачу и исключением наличия тяжелого соматического заболевания, сменялись очередным ухудшением и подозрением наличия у себя еще более серьезной патологии, поиском специалистов, ощущением беспомощности. Тем не менее, после подбора подходящей ПФТ, отмечались продолжительные ремиссии достаточно высокого качества, их средняя продолжительность составляла 2,5 года.

Альтернирующие состояния встречались у 4 обследуемых. Как описано выше, смена депрессивных проявлений на маниакальные (и наоборот) у этих пациентов происходила в течение суток или нескольких часов. Длительность одной альтернирующей фазы составляла от 2 до 10 месяцев (в среднем – 6,8 месяцев), частота возникновения 1,8 фаз в год. Ранее у обследуемых отмечались как подобные фазы, так и аффективно-смешанные депрессивного типа, и отчетливо гипоманиакальные. Развитие фаз было аутохтонным, однако переключение (альтерация) от одного полюса к другому зачастую имело психогенную провокацию. Ремиссии были непродолжительными (максимальная длительность – 1 год, средняя – 5,7 месяцев), однако за этот период пациенты успевали вернуться к учебе, работе, некоторые успешно занимались научной деятельностью. У 2 пациенток течение заболевания было континуальным, когда сразу за альтернирующим состоянием развивалась депрессия со смешанными чертами.

Наблюдение №1

Пациент М-ва П.Ю., 1998 г.р.

Впервые поступила в клинику ФГБНУ НЦПЗ 12.10.2020, выписана 09.11.2020, и/б 1441/20

Из анамнеза: (со слов больной, ее матери, данных медицинской документации)

По линии матери:

Дядька – 50 лет. С юношеского возраста наблюдается психиатром ПНД с диагнозом шизофрения, получает ПФТ, иных сведений нет. Малообщительный, замкнутый. Занимается написанием рассказов, которые периодически издаются в литературном журнале.

Мать – 56 лет. С 2018 года наблюдалась в амбулаторном отделе НЦПЗ в связи с депрессивным эпизодом, с тех пор по настоящее время принимает ципралекс 20 мг. По характеру активная, деятельная, общительная, тревожная. Имеет два высших образования, работает начальником планово-экономического отдела электростанции.

Дед – 80 лет. По характеру энергичный, деятельный, трудолюбивый, властный, конфликтный. Имеет высшее техническое образование. Работал заместителем директора электростанции, в настоящее время на пенсии.

Бабка – 78 лет. Добрая, отзывчивая, заботливая, общительная. Специального образования не имеет. Работала на заводе, в настоящее время на пенсии.

Сведений о родственниках по линии отца нет.

Родилась и выросла в Челябинске. Роды путем Кесарева сечения от первой, нормально протекавшей беременности, в срок. По шкале Апгар 9 баллов. Отмечалось повышенное внутричерепное давление, из-за чего с первых дней жизни получала кавинтон. С 9 месяцев наблюдалась неврологом в связи с гипертонусом мышц. До 2 лет практически не разговаривала, затем заговорила сразу фразами. Детских страхов, снохождения, сноговорения не было. По характеру формировалась упрямой, категоричной, активной, любознательной. В связи с чрезмерной активностью наблюдалась у

невролога с диагнозом СДВГ, специализированную терапию не получала. Также однократно (в 6 лет) консультировалась психологом, который диагностировал «расстройство аффекта», специализированная терапия не назначалась. С 4 лет посещала ДДУ, где адаптировалась с трудом, практически не контактировала со сверстниками, могла проявить физическую агрессию по отношению к ним, хотя и тяготилась играми в одиночестве, нравилось находиться в центре внимания. Также с 4 лет самостоятельно научилась читать, могла подолгу сидеть с книжкой, погружившись в сюжет. В школе с 7 лет, адаптировалась постепенно, со сверстниками общалась формально, близких друзей среди одноклассников не заводила. Училась преимущественно на отличные оценки, предпочтение отдавала гуманитарным наукам. В возрасте 9 лет в связи с постоянно сохраняющейся субфебрильной температурой тела консультировалась различными специалистами, в том числе неврологом, который сообщил матери пациентки, что это имеет психогенный характер. В подростковом возрасте несколько изменилась по характеру – стала более эмоциональной, раздражительной, появились колебания настроения в течение дня от сниженного до немного приподнятого. С этого времени с целью облегчения состояния периодически наносила себе ожоги плойкой для волос, в более старшем возрасте – поверхностные самопорезы. Начала больше общаться со сверстниками, но близкими друзьями по-прежнему не обзаводилась. Продолжала хорошо учиться, не прикладывая особых усилий, планировала поступление в университет. Настроение было неустойчивым от подавленного на 1-2 дня до немного приподнятого, эпизодически перепады настроения возникали и в течение суток, когда была то подавлена и плаксива, то весела, активна, энергична. По окончании 11 класса (2016 год) по результатам ЕГЭ поступила на исторический факультет Высшей школы экономики, переехала в Москву. В ВУЗе адаптировалась достаточно быстро, была общительна с однокурсниками, обзавелась близкой подругой. Часто допоздна засиживалась за учебниками, утром с трудом поднималась с постели. Первое время

старалась готовиться к занятиям, вовремя сдавала контрольные работы и зачеты, затем интерес к учебе снизился, перестала успевать по ряду дисциплин, с трудом сдала зимнюю сессию. Настроение было неустойчивым, отмечались перепады от подавленного с нежеланием что-либо делать, раздражительностью, трудностями засыпания до приподнятого с повышенной активностью, появлением новых увлечений. В конце первого курса приняла решение об отчислении из ВУЗа, планировала поступать в другой университет на специальность лингвист-переводчик. С сентября 2017 года приступила к учебе в РГГУ, быстро адаптировалась, легко справлялась с учебными нагрузками, была общительна с одногруппниками, продолжала поддерживать дружеские отношения с подругой из старого ВУЗа. Через несколько месяцев после поступления настроение без видимой причины стало подавленным, усугубились трудности засыпания, появились беспричинные страхи различного характера, по несколько раз перед выходом из дома проверяла, отключила ли электроприборы, возвращалась, чтобы убедиться, закрыла ли входную дверь. В связи с этим впервые обратилась к психиатру, по его рекомендации начала принимать кветиапин до 75 мг/сут., сертралин 50 мг/сут. На фоне назначенного лечения настроение выровнялось, нормализовался сон, редуцировались страхи и тревога, перепроверки. Стала лучше концентрироваться на учебе, сдала зимнюю сессию на отличные отметки. До весны 2018 года продолжала регулярно принимать назначенную терапию, большую часть времени уделяла учебе, легко успевала по всем дисциплинам. Затем самостоятельно отменила препараты, после чего в течение нескольких недель вновь появились перепады настроения от резко сниженного с плаксивостью и тревогой, до приподнятого с ощущением эйфории, возбужденностью. Возникли трудности засыпания, по утрам не чувствовала себя отдохнувшей, практически не могла сосредоточиться во время занятий в институте, хуже справлялась с подготовкой к ним. Повторно обратилась к психиатру, по его назначению начала дополнительно принимать депакин 750 мг/сут. Вскоре после этого настроение выровнялось, перестали

беспокоить трудности засыпания, редуцировалась тревога. Около полугода состояние оставалось стабильным, регулярно принимала ПФТ. Успешно окончила первый курс, летние каникулы провела у матери, где большую часть времени проводила за чтением книг, общением с родными. В сентябре приступила к учебе на втором курсе, вскоре после чего по утрам стала испытывать выраженную сонливость, с трудом заставляла себя идти на занятия. Связывала свое состояние с приемом лекарств, в связи с чем стала постепенно снижать дозировку кветиапина, а затем совсем отменила его. Через некоторое время настроение стало стойко приподнятым, полностью отменила принимаемую терапию, завела большое количество новых знакомств. После непродолжительного ночного сна (2-3 часа) чувствовала себя бодрой, отдохнувшей. Состояние длилось около месяца, затем настроение постепенно стало подавленным, снизился уровень активности, стремилась проводить время дома за книгами, общение ограничила разговорами по телефону с родными. Обратилась к психиатру, начала принимать габапентин и сертралин. На фоне назначенного лечения стала несколько активнее, чаще выходила из дома, однако настроение оставалось немного сниженным, по-прежнему все свободное от учебы время стремилась проводить в одиночестве. В течение полутора лет состояние было неустойчивым, периоды несколько приподнятого настроения сменялись подавленностью, терапию принимала нерегулярно. Летом 2020 года гостила у матери в Челябинске, настроение было стойко сниженным с раздражительностью, плаксивостью, нежеланием что-либо делать, отсутствием сил. В конце августа 2020 года настроение без видимой причины стало отчетливо приподнятым, бралась одновременно за несколько дел, но ни одно не доводила до конца, спала по 3-4 часа в сутки, при этом чувствовала себя бодрой, отдохнувшей. Снизилась концентрация внимания, не могла сосредоточиться за чтением книги. В этот период вернулась в Москву, была общительна, энергична, в компании друзей употребляла слабоалкогольные напитки (до 1 литра). Заводила большое количество новых знакомств, так,

однажды познакомилась с молодым человеком, в тот же день пригласила его в гости, употребляла вместе с ним алкогольные напитки. Вступила с ним в интимную связь, о чем на следующий день не помнила, предполагала, что новый знакомый мог что-то подсыпать в ее напиток. С этого времени настроение было переменчивым, отмечались перепады в течение дня от приподнятого с повышенным желанием общаться, непродуктивной активностью до сниженного с чувством тоски, тревогой, периодически наносила поверхностные самопорезы в области предплечий, практически ежедневно употребляла слабоалкогольные напитки (до 2 литров). Нарушился сон (появились трудности засыпания), снизился аппетит. Обратилась за помощью в НЦПЗ, была проконсультирована и госпитализирована в 5 отделение.

Психический статус: При поступлении ориентирована всесторонне верно. Выглядит соответственно возрасту. Одета аккуратно, в длинное платье и кардиган, носит украшения (крупные серьги, браслеты). Волосы чистые, подстрижены под каре, виски выбриты. На лице яркий макияж, блестки. На ногтях маникюр красного цвета. В кабинет входит быстрой походкой. Поддерживает зрительный контакт. Несколько манерна, демонстративна. Охотно вступает в разговор с врачом, улыбается, не всегда адекватно теме беседы. Голос громкий, интонационно выразительный. Темп речи ускорен, многоречива, трудноперебиваема. Мимика живая, активно жестикулирует. На вопросы отвечает уклончиво, перескакивает с одной темы на другую. Жалуется на перепады настроения в течение дня от подавленного до несколько приподнятого, а также тревогу, бессонницу, взбудораженность. Испытывает чувство вины перед родными и друзьями, считает, что усложняет им жизнь. Сообщает, что с целью облегчения состояния неоднократно наносила поверхностные самопорезы в области предплечий. Ночной сон с трудностями засыпания и ранними пробуждениями. Аппетит несколько снижен. Активные суицидальные мысли и намерения на момент

осмотра отрицает. Критика к своему состоянию сохранена, ищет помощи, на лечение соглашается охотно.

В динамике на фоне проводимого лечения выровнялся фон настроения, редуцировались тревога, раздражительность, взбудораженность, идеи вины. Нормализовался ночной сон и аппетит. Стала спокойнее, сдержаннее. Оставалась общительна с пациентами отделения, выходила на прогулки, где состояние оставалось стабильным, поведение – правильным. В середине госпитализации однократно отмечался эпизод приподнятого настроения с взбудораженностью, раздражительностью, после коррекции схемы терапии (отмена Aripiprazoli, назначение Zuclophenthixoli) настроение вновь стало ровным, эпизодов подъема более не наблюдалось. На момент выписки сохраняются умеренные трудности концентрации внимания, требуется больше, чем обычно, времени для подготовки к занятиям, чтения учебной литературы. Пациентка настроена на дальнейший прием поддерживающей терапии, рекомендуемые препараты переносит хорошо. При выписке выданы рецепты в городскую сеть.

Соматическое состояние: Телосложение правильное, повышенного питания (ИМТ 27). Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. В области правого предплечья следы от поверхностных самопорезов, на голених многочисленные ссадины и гематомы. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев чистый, налетов нет. Периферических отеков нет. Дыхание носовое, свободное. Грудная клетка правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в мин. Область сердца не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 104 уд/мин, АД 120/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не выступают из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены. **Заключение терапевта от 15.10.20:** Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. **Бактериологические исследования от 13.10.20:** HBs Ag, antiHCVtotal,

SyphilisRPR, diphtheria, возб. сальмонеллезов, дизентерии - не обнаружены.

Б/х крови от 13.10.20: АЛТ: 16 МЕ/л; АСТ: 18 МЕ/л; общ. белок: 74 г/л; альбумин: 42.7 г/л; мочевины: 2.7 ммоль/л; билирубин общ.: 14.2 мкмоль/л; холестерин: 4.7 ммоль/л; глюкоза: 4.9 ммоль/л. **Клинический анализ крови от 13.10.20:** гемоглобин: 144 г/л; эритроциты: $4.52 \cdot 10^{12}$ /л; гематокрит: 0.405 л/л; тромбоциты: $245 \cdot 10^9$ /л; лейкоциты: $11.1 \cdot 10^9$ /л, а т.ч. палочкоядерные: 1 %, сегментоядерные: 80 %, лимфоциты: 16 %, моноциты: 3 %. СОЭ: 8 мм/ч

Общий анализ мочи от 13.10.20: Цвет: с/ж. Прозрачность: полная. Относительная плотность: 1030. Реакция: 6. Белок: 0.056 г/л Глюкоза: отр. мкмоль/л Кетоновые тела: следы. Билирубин: отр. Уробилиноиды: 0,2. Эпителий: неб. кол-во в пр-те. Лейкоциты: ед. в пр-те. Слизь: неб. кол-во. Бактерии: немного. **ЭКГ от 14.10.20:** Синусовый ритм, ЧСС 86 уд./мин. Нормальное положение ЭОС. Нарушение процессов реполяризации (регистрируется зубец U). **Заключение офтальмолога от 14.10.20:** ОУ-миопия средней степени. **Заключение акушера-гинеколога от 28.10.20:** Дисфункция яичников. **Неврологическое состояние:** Лицо симметрично, язык по средней линии. Глазные щели симметричны OS=OD. Зрачки D=S. Нистагм, анизокория не наблюдаются. Сухожильные рефлексy не нарушены. Тонус мышц рук не повышен. Парезов и параличей нет. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива. **Заключение невролога от 22.10.20:** Нейро-циркуляторная дистония по гипертоническому типу. Побочное действие психотропных средств.

Амбулаторная консультация 01.10.21: После выписки из НЦПЗ в ноябре 2020 года состояние было стабильным, регулярно принимала поддерживающую ПФТ. Первое время проживала у матери в Челябинске, училась дистанционно, с нагрузками справлялась. Настроение было преимущественно ровным, тревоги, тяги к аутоагрессивному поведению не отмечала. В феврале 2021 года вернулась в Москву, вновь начала посещать институт, была в меру общительна с однокурсниками, занималась

подготовкой курсовой работы. Месяц спустя (март 2021 года) отметила некоторое ухудшение состояния – несколько снизился фон настроения, пропал интерес к учебе (продолжала готовиться к занятиям и посещать семинары, но делала это с уговорами матери), появилась небольшая тревога за будущее. В то же время в течение дня отмечались периоды, когда настроение было выражено приподнятым, с удовольствием бралась за новые увлечения, делала ненужные покупки, из-за которых испытывала чувство вины. По настоянию матери консультировалась в НЦПЗ, на приеме была скорректирована схема ПФТ, несколько недель спустя состояние нормализовалось, вновь стала легко справляться с учебной работой, планировала устроиться на работу в формате частичной занятости, но из-за больших нагрузок в вузе не стала этого делать. Летом 2021 года в течение двух недель отмечался период приподнятого настроения – была более активна, чем обычно, ночной сон укорачивался до 4-5 часов в сутки. Консультировалась психиатром в амбулаторном отделе НЦПЗ, через 2 недели после коррекции ПФТ состояние снова выровнялось. В дальнейшем аккуратно принимала ПФТ, регулярно посещала психиатра, благодаря чему существенных изменений состояния не наблюдалось.

Психический статус: Всесторонне ориентирована. Выглядит соответственно возрасту. Одеты аккуратно, в джинсы и свитер. Волосы чистые, распущены по плечам. Активно пользуется декоративной косметикой (густо накрашены глаза, на губах красная помада). Маникюр аккуратный. В кабинет входит быстрой походкой. Поддерживает зрительный контакт. Охотно вступает в беседу с врачом, улыбается, адекватно обсуждаемой теме (рассказывает про курсовую работу, взаимоотношения с соседкой по квартире). Голос громкий, интонационно выразительный. Темп речи немного ускорен. Мимика живая, активно жестикулирует. На вопросы отвечает в плане заданного. Жалуется на небольшую сонливость по утрам, которую связывает с приемом ПФТ, ночью спит достаточно. Аппетит не нарушен. Наличие суицидальных

мыслей и намерений, желание наносить самоповреждения на момент осмотра отрицает.

Анализ случая: Состояние определяется становлением медикаментозной ремиссии после перенесенного аффективно-смешанного состояния и характеризуется личностными особенностями гипертимного и истеро-шизоидного круга на уровне акцентуации характера. К гипертимии можно отнести активность, энергичность, непринужденность общения, поверхностность отношений с окружающими, красноречивость, раскрепощенность, разносторонность интересов. К истеро-шизоидным особенностям относятся своеобразие внешнего облика, интровертированность в сочетании с демонстративностью.

Психопатологическая структура состояния, послужившего причиной госпитализации, квалифицировалась как аффективно-смешанная (альтернирующий вариант), что проявлялось сменой в течение суток подавленного настроения, диффузной тревоги, сензитивными идеями отношения навязчивого характера, склонностью к самоповреждениям, импульсивности, идеями самообвинения на приподнятый аффективный фон с признаками идеомоторного ускорения в виде многоречивости, ускорения мышления, моторики, ярким, «кричащим» внешним видом. Длительность состояния около 3 месяцев.

Больна в течение 3 лет. Заболевание манифестировало в 19 лет, когда впервые стойко снизилось настроение, нарушились сон и аппетит, появились страхи с развитием ритуалов, перепроверок. Наблюдалась психиатром, принимала ПФТ. В дальнейшем заболевание протекало биполярно с развитием «двойных» маний, когда фон настроения был выражено приподнятым, ночной сон укорачивался до 3-4 часов, отмечались повышенная энергия и продуктивность. Также неоднократно возникали аффективно-смешанные состояния альтернирующего типа с развитием диффузной тревоги, раздражительности. Заболевание протекало континуально, периоды подъема сменялись спадом, причем переход из одной

фазы в другую осуществлялся «по щелчку». Выравнивания аффекта практически не наблюдалось.

Доманифестный этап характеризовался колебаниями аффекта по типу ультрабыстрых циклов (более 4 эпизодов перепадов настроения в месяц) субклинического уровня, эпизодами компульсивного переедания, нанесением самоповреждений.

Наследственность отягощена по линии матери наличием шизофрении у дядьки, аффективным заболеванием (циклотимия) у матери.

Таким образом, исходя из имеющихся анамнестических данных и состояния пациентки на момент катamnестического обследования, состояние можно квалифицировать как **БАР, аффективно-смешанное состояние, альтернирующий вариант. F31.6**

4.1.2 «Двойные» мании

Вторым вариантом аффективных фаз у личностей гипертимного круга при формировании БАР являлись «двойные» мании. Они были представлены 10 обследуемыми (25,5%) в возрасте от 20 до 46 лет. Манифестация заболевания у представителей этой группы происходила в 19-29 лет, оно развивалось аутохтонно. Длительность фаз составляла от 3 недель до 2 месяцев (в среднем – 1,3 месяца). За весь период болезни частота фазно-аффективных состояний существенно не менялась и составляла 2,3 фазы в год, причем у двух пациенток отмечалось континуальное течение болезни и «двойные» мании, чередуясь с аффективно-смешанными вариантами, наблюдались до 4 раз в год. В таких случаях отчетливой сезонности возникновения фаз не было, тогда как среди остальных пациентов с данными проявлениями отмечалась тенденция к формированию выражено приподнятого аффективного фона в весенне-летний период. Количество фаз с момента манифестации аффективного заболевания варьировало от 7 до 12, и было напрямую связано с возрастом начала заболевания и на момент обследования. Длительность ремиссий, также за исключением обследуемых с

континуальным течением БАР, составляла от 1 года до 5 лет. При этом сохранялась аутохтонность в возникновении маниакальных фаз.

Наблюдение № 2

Пациент Х-ва О.В., 1983 г.р.

Впервые поступила в клинику ФГБНУ НЦПЗ 29.11.2019, выписана 16.01.2020, и/б 2244/19

Из анамнеза: (со слов больной, ее родственников, данных медицинской документации)

По линии отца:

Дед – умер в возрасте 77 лет от заболевания сердечно-сосудистой системы. По характеру был добрым, отзывчивым, общительным, весёлым. Имел среднее специальное образование, работал на заводе.

Бабка – 82 года. Спокойная, сдержанная, заботливая, отзывчивая. Специального образования не имеет. Всю жизнь была домохозяйкой, занималась воспитанием детей и внуков.

Отец – 62 года. Общительный, деятельный, эмоциональный, несколько неуравновешенный. Окончил кулинарный техникум, после чего долгие годы работал поваром в столовой, затем – охранником. В настоящее время на пенсии.

По линии матери:

Сведений о деде и бабке нет.

Мать – 61 год. Вспыльчивая, строгая, властная. В семье «глава», стремится манипулировать окружающими, с мужем часто вступает в конфликты, обвиняет его в эгоизме. Имеет среднее специальное образование, работала продавцом, в настоящее время на пенсии.

Сестра – 39 лет. Эмоциональная, своенравная, более замкнутая, чем остальные члены семьи. В 14 лет по собственной инициативе уехала из родного города и поступила в консерваторию в Нижнем Новгороде, после окончания учебы и по настоящее время работает преподавателем музыки. Замужем, воспитывает трёх дочерей. В детском и подростковом возрасте

имела сложные отношения с младшей сестрой, оскорбляла, унижала ее, позже упрекала сестру в том, что она симулирует психическое заболевание.

Дочь – 9 лет. Капризная, упрямая, чувствительная. Учится в третьем классе СОШ.

Сын – 5 лет. Активный, общительный, любознательный. Посещает ДДУ.

Родилась на Кавказе вторым ребенком в семье от нормально протекавшей беременности в срок, в возрасте матери 26 лет. В связи со слабостью родовой деятельности, проводилась стимуляция гормональными препаратами. Вес при рождении – 3900 г, рост – 52 см. После рождения отмечалась асфиксия, по СМП была доставлена в Республиканскую больницу города Нальчик, где провела около 14 дней. Находилась на грудном вскармливании до 1 года. В младенчестве была спокойной, редко плакала, много спала. Росла и развивалась соответственно возрасту: начала ходить в 11 мес., фразовая речь к 2 годам. Часто болела бронхитом, по этому поводу несколько раз была госпитализирована в пульмонологическое отделение детской больницы. Страх, снохождение, сноговорения, энуреза не отмечалось.

Фрагментарно помнит себя с 1,5 лет, когда сидела в детском манеже и играла с пластмассовыми игрушками. По характеру формировалась тревожной, мнительной, эмоциональной. В дошкольном периоде была привязана к матери, росла в атмосфере частых конфликтов между матерью и отцом, переживала из-за их ссор, плакала, старалась помирить родителей. С 3-х лет посещала ДДУ, адаптировалась постепенно – первое время тосковала по матери, просила забрать ее домой пораньше, потом привыкла, стала общительна со сверстниками, появилось много друзей. К лидерству не стремилась. Была склонна к фантазированию, придумывала различные сказочные сюжеты и рассказывала сверстникам.

В школе с 7 лет, адаптировалась успешно. Интерес к учебе не испытывала, училась в основном на «тройки». Домашние задания делала под контролем матери, часто была вынуждена по несколько раз переписывать упражнения в чистовик, так как мать считала, что она приложила недостаточно усердия в

подготовке уроков. Свободное время проводила с подругами – гуляла с ними во дворе, ходила в кино. С 10 лет стала писать стихи, рассказы, которые никому не показывала.

Менструации с 13 лет, установились в течение полугода, регулярные, сопровождались болевыми ощущениями в области живота. Интерес к противоположному полу с 14 лет, в романтических отношениях в школьные годы не состояла, так как была стеснительной, не признавалась молодым людям в своих чувствах.

В подростковом возрасте по характеру не менялась, оставалась эмоциональной, склонной к фантазированию, творческой. Фон настроения был ровным. Училась стабильно на удовлетворительные оценки, планов на получение высшего образования не строила.

В 8 классе (14 лет) из-за конфликта с девочкой из параллельного класса вместе с подругами была вызвана в кабинет директора. После данного инцидента перестала общаться с одноклассницами, попросила родителей перевести ее в другую школу. Со следующей четверти начала посещать новое учебное заведение, где адаптировалась сразу, подружилась с несколькими одноклассницами, проводила в их компании большую часть свободного времени.

По окончании 9 класса вместе с родителями переехала в Нижний Новгород. С сентября 1999 года приступила к учебе в новой школе, среди одноклассников получила прозвище «девочка с моря». Была в меру общительна с ребятами из класса, периодически с ностальгией вспоминала о старой школе, однако понимала, что не может туда вернуться и «должна завязать новые знакомства здесь». Окончила школу на тройки, после чего по инициативе матери поступила в колледж по специальности «бухгалтерское дело». Училась по-прежнему без интереса, во время учебы продолжала писать стихи, придумывать фантастические истории.

Ежегодно летом ездила на Кавказ навестить бабушку и деда по линии отца. Нравилось проводить с ними время, подолгу общалась с бабушкой, делилась с

ней своими переживаниями, мечтами. В 20 лет, в период, когда в очередной раз гостила у бабки с дедом, в компании друзей из старой школы познакомилась с молодым человеком. Пообщавшись с ним, поняла, что между ними много общего, после возвращения в Нижний Новгород продолжила переписку, телефонные разговоры. Вскоре начала испытывать к молодому человеку чувства, был влюблена, ценила в избраннике его мужественность, решительность. Год спустя, сразу после окончания колледжа, вышла за него замуж и переехала на Кавказ.

Первые месяцы после свадьбы чувствовала себя счастливой, устроилась на работу по специальности. Затем муж стал ежедневно употреблять слабоалкогольные напитки, принимал ПАВ, под воздействием которых был вербально агрессивен по отношению к пациентке, в редких случаях проявлял физическую агрессию, ревновал без реальных причин. С тех пор при стрессовых ситуациях отмечает умеренный тремор пальцев рук. Полгода спустя, пациентка приняла решение разойтись с ним, однако после просьбы дать супругу «еще один шанс», вернулась к нему. Через несколько месяцев муж погиб в автомобильной аварии, его смерть пережила с некоторым облегчением.

После трагической гибели мужа вернулась в Нижний Новгород к родителям. Устроилась на работу бухгалтером, периодически встречалась с подругами, продолжала писать стихи, в которых отражала свои переживания по поводу смерти деспотичного супруга. Фон настроения оставался ровным, изменений в своем состоянии не отмечала.

В 25 лет на работе познакомилась с молодым человеком, испытывала влюбленность, в избраннике нравились чувство юмора, доброта, отзывчивость. Через полгода приняла предложение избранника выйти замуж, стали проживать отдельно в нижегородской области. Вскоре забеременела, чему была очень рада. Беременность протекала без патологии, настроение в этот период оставалось ровным. В возрасте 26 лет (2009 год) в срок родила здоровую девочку. После родов чувствовала себя хорошо, фон настроения не

менялся. Через год вернулась к работе, со своими обязанностями справлялась, свободное время проводила с дочерью и мужем, отношения в семье были доброжелательные, ровные.

В 2010 году по настоянию матери приняла решение о получении высшего образования. С этой целью поступила на заочное отделение экономического факультета Гуманитарного института Санкт-Петербурга. Училась без интереса, с трудом заставляла себя готовиться к экзаменам, не всегда с первого раза получалось сдавать некоторые предметы.

В 2012 году (29 лет) повторно забеременела, беременность была желанной, протекала нормально. В срок родила здорового мальчика. После родов беспокоилась из-за недостаточного количества грудного молока, неоднократно получала упреки от матери и старшей сестры из-за того, что вынуждена кормить ребенка детскими смесями.

Спустя 8 месяцев после родов состояние впервые изменилось. На фоне бессонных ночей и подготовки к очередной сессии отметила подавленное настроение, немотивированную тревогу, корила себя в том, что тратит большие суммы денег на детские вещи. Отмечала ухудшение ночного сна, снижение аппетита. При этом оставалась активной, энергичной, общительной, справлялась с привычными нагрузками. Данное состояние длилось в течение нескольких месяцев, в связи с чем летом 2014 года была вынуждена обратиться к психиатру, по рекомендации которого госпитализировалась в ПБ г. Нижний Новгород. Находилась на лечении около месяца, назначенные препараты не известны. После выписки чувствовала себя значительно лучше, первое время настроение было ровным, поддерживающую терапию принимала регулярно. Примерно через 2 месяца фон настроения стал выражено приподнятым, была еще более активной, деятельной, отмечала повышение аппетита, укорочение ночного сна до 4-5 часов в сутки. В этот период помимо основной работы в должности бухгалтера предприятия начала заниматься распространением косметики, настоятельно рекомендовала знакомым приобрести у нее различные

средства. По настоянию мужа консультировалась у психиатра амбулаторно, после коррекции терапии настроение вновь стало ближе к ровному, однако по-прежнему оставалась энергичной, общительной.

Год спустя после самостоятельной отмены поддерживающей терапии снова ощутила небольшую подавленность, немотивированную тревогу, страх, что не справится с уходом за детьми, рабочими обязанностями, появилось нежелание что-либо делать, сонливость. В таком состоянии обратилась за помощью к специалисту, госпитализировалась в ПБ. Полтора месяца спустя была выписана с улучшением. В дальнейшем по несколько раз в год госпитализировалась в ПБ с аналогичной симптоматикой. Между эпизодами подавленного настроения отмечала периоды выраженного подъема, когда становилась чрезмерно общительной, деятельной, часто конфликтовала с матерью и мужем, тратила крупные суммы денег, покупая ненужные вещи.

В конце 2016 года в один из периодов подавленного настроения была вынуждена уволиться с работы, после чего во время очередной госпитализации была оформлена II группа инвалидность по психическому заболеванию. С тех пор официально не работала, занималась продажей декоративной косметики.

С мая 2019 года отмечала выраженный подъем настроения, долгое время была активной, энергичной, взяла потребительский кредит на мелкие нужды, быстро потратила крупную сумму денег. Ночной сон сократился до 4-5 часов, тем не менее, в утренние часы чувствовала себя бодрой, отдохнувшей. Перестала принимать назначенную психиатром терапию (названия препаратов назвать не может). Часто конфликтовала с мужем, была вербально агрессивна по отношению к дочери, бурно реагировала на ее капризы. Взяла очередной потребительский кредит, тратила крупные суммы на украшения, технику для дома, одежду для себя и детей. По инициативе родных была недобровольно госпитализирована в ПБ по месту жительства, где первое время сохранялся приподнятый фон настроения, который затем резко сменился на подавленный с нежеланием что-либо делать, сонливостью,

слабостью. Находилась на лечении в течение двух месяцев, выписалась из клиники без существенного улучшения. Регулярно принимала поддерживающую терапию (вальпроевая кислота до 600 мг/сут., кветиапин до 200 мг/сут.), при этом оставалась подавленной, бездеятельной, с трудом находила в себе силы заботиться о детях.

В августе 2019 года состояние неожиданно улучшилось - настроение стало несколько приподнятым, вновь появились силы и желание заниматься детьми, выходить на улицу, следить за собой. Около 2 месяцев состояние было стабильным, затем настроение снова снизилось, появилась немотивированная тревога, страх. Ощущала растерянность, не знала, как вести себя с детьми, не находила в себе сил приготовить им еду, проводить в школу и ДДУ. Появлялось чувство, будто разучилась делать то, что умела раньше. Периодически, когда возникали конфликтные ситуации с детьми или мужем, имитировала потерю сознания - могла неожиданно упасть на диван или кровать, лежать, отвернувшись от всех. При этом оставалась в сознании, слышала всё, что происходило вокруг неё. В течение дня отмечала нежелание что-либо делать, слабость, сонливость. По утрам с трудом находила в себе силы подняться с постели. С данными жалобами обратилась на консультацию в НЦПЗ, дополнительно к принимаемой ранее терапии был назначен пароксетин 20 мг/сут. Два дня спустя фон настроения стал выражено приподнятым, была конфликтна, проявляла вербальную агрессию по отношению к родным. По настоянию матери повторно была проконсультирована в НЦПЗ и госпитализирована в 5 отделение.

Психический статус: Ориентирована всесторонне верно. Выглядит соответственно возрасту. Повышенного питания. Одеты аккуратно, в темные брюки и джемпер. Волосы подстрижены, чистые. Умеренно пользуется декоративной косметикой. Поддерживает зрительный контакт. Охотно вступает в беседу с врачом. Темп речи ускорен. Голос громкий, интонационно выразительный. Многоречива, обстоятельна. Отвечает на вопросы развернуто, не всегда в соответствии с заданной темой. Мимика

живая. Активно жестикулирует. Жалуется на несколько приподнятое настроение, повышенную активность, неусидчивость, раздражительность. В то же время сообщает, что не может сконцентрироваться за чтением книг, просмотром фильмов, не находит в себе сил помочь детям с домашними заданиями, говорит, что запустила дом. На момент осмотра настроение характеризует как приподнятое. Ночной сон с трудностями засыпания и ранними пробуждениями. Аппетит достаточный. Наличие суицидальных мыслей и намерений отрицает. Критика к своему состоянию неполная, однако на лечение соглашается охотно, так как убеждена, что нуждается в отдыхе от семьи и домашних обязанностей.

Первое время в отделении была активной, деятельной, многоречивой. Интересовалась расширением режима, сроками госпитализации. Была чрезмерно общительна с другими пациентами и медперсоналом. В отделении пыталась заниматься продажей косметики по системе многоуровневого маркетинга, настойчиво предлагала товары пациентам. Во время прогулок тратила деньги на сомнительные покупки, на ограничение режима выдавала гневливые реакции. Постепенно на фоне проводимой терапии стала более спокойной, упорядоченной, отмечалось выравнивание настроения, появилась критика к своему состоянию. Выходила на прогулку самостоятельно, была в домашнем отпуске, где чувствовала себя хорошо, поведение было адекватным. Выписывается в удовлетворительном состоянии под наблюдение ПНД по месту жительства с рекомендацией приема поддерживающей терапии.

Соматическое состояние: Телосложение правильное, повышенного питания (ИМТ 36). Кожа и видимые слизистые нормальной окраски, без видимых высыпаний. В области левого колена 4 старых рубца. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев чистый, налетов нет. Периферических отеков нет. Дыхание носовое, свободное. Грудная клетка правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в мин. Область сердца не изменена. Тоны

сердца ясные, ритмичные, ЧСС 85 уд/мин, АД 130/87 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не выступают из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены. **Заключение терапевта от 06.12.19:** Вегето-сосудистая дистония. Синдром Жильбера. Артроз правого голеностопного сустава. Ожирение I ст. **Бактериологические исследования от 03.12.19:** HBs Ag, antiHCVtotal, SyphilisRPR, diphtheria, возб. сальмонеллезом, дизентерии - не обнаружены. **Б/х крови от 16.01.2020:** АЛТ 27 е/л; АСТ 20 е/л; билирубин общ. 22,9 мкмоль/л; билирубин прямой 10,3 мкмоль/л; мочевины 4,6 ммоль/л; альб. 44,6 г/л; глюкоз. 5,0 ммоль/л; холестерин 5,3 ммоль/л; общ. белок 74 г/л; ГГТ 24 Ед/л. **Клинический анализ крови от 16.01.2020:** эритроциты $4.15 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобин 130 г/л; тромбоциты $238 \cdot 10^9/л$; лейкоциты $6,1 \cdot 10^9/л$, в т.ч. п – 2%, с – 64%; эозинофилы – 4%; лимфоциты – 28%; моноциты – 2%; СОЭ 23 мм/ч. **Анализ крови на литий от 11.12.2019 – 0,61 ммоль/л** (дозировка препарата peros 1200 мг/сут.), **от 17.12.2019 – 1,01 ммоль/л** (дозировка препарата peros 1800 мг/сут.), **от 24.12.2019 – 1,47 ммоль/л** (дозировка препарата peros 1500 мг/сут.) **Общий анализ мочи от 16.01.2020:** цв – соломенно-желт., прозрачн – полн; уд.вес 1030; реакция 5,5; белок 0,039; глюкоза, желчн.кислоты, кетонов. тела отсутств., эпителий плоский немного в пр-те, лейкоциты ед. в пр-те, слизь – небольшое кол-во, соли, бактерии – нет. **ЭКГ от 30.11.2019:** Синусовый ритм, 79 уд/мин. ЭОС отклонена влево. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. **Заключение офтальмолога от 30.11.19:** OU – миопический астигматизм слабой степени. **Заключение акушера-гинеколога от 13.12.19:** Дисфункция яичников. **Неврологическое состояние:** Лицо симметрично, язык по средней линии. Глазные щели симметричны OS=OD. Зрачки D=S. Нистагм, анизокория не наблюдаются. Сухожильные рефлексы не нарушены. Тонус мышц рук не повышен. Парезов и параличей нет. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива. **Заключение**

невролога от 30.11.19: Основное заболевание протекает на фоне церебральной резидуальной дисфункции и синдрома Жильбера.

Катамнез: После выписки из данной клиники в январе 2020 года настроение было ровным, рекомендованную поддерживающую терапию принимала регулярно. Вернулась домой в Нижегородскую область, занималась организацией празднования своего дня рождения, была в меру активна, энергична. Весной 2020 года фон настроения стал выражено приподнятым, вновь начала занимать деньги у знакомых, тратила крупные суммы на украшения, одежду, технику для дома. Была вербально агрессивна по отношению к родным, разорвала отношения с мужем, вынудив его переехать. По инициативе родных была недобровольно госпитализирована в ПБ по месту жительства, где первое время сохранялся приподнятый фон настроения, который затем резко сменился на подавленный с нежеланием что-либо делать, сонливостью, слабостью. Месяц спустя была выписана из ПБ, настроение также оставалось сниженным, назначенную ПФТ (Седалит 600 мг/сут., Оланзапин 5 мг/сут.) принимала аккуратно. Большую часть времени была бездеятельна, по утрам с трудом поднималась с постели, не могла заставить себя убраться в доме, приготовить еду, перестала следить за своим внешним видом. Осенью 2020 года консультировалась психиатром в частной клинике г. Саранска, по его назначению стала принимать Золофт 50 мг/сут., дозировка которого постепенно была увеличена до 200 мг/сут. В декабре 2020 года фон настроения вновь сменился на приподнятый, была активна, энергична, деятельна. По рекомендации психиатра ПНД постепенно отменила Золофт, увеличила дозировку Оланзапина до 10 мг/сут., начала получать инъекции Клопиксола депо 200 мг 1 раз в 14 дней внутримышечно. Настроение оставалось приподнятым, но была непродуктивна, проводила время за общением с подругами, посещением магазинов, по-прежнему не занималась воспитанием детей, проявляла вербальную агрессию по отношению к мужу и родителям. В январе 2021 года повторно госпитализировалась в ФГБНУ НЦПЗ, после коррекции схемы ПФТ

настроение выровнялось, но сохранялись повышенная активность, деятельность, через 10 дней с момента начала госпитализации настояла на выписке. После возвращения домой поддерживающую терапию принимала нерегулярно, спустя два месяца настроение постепенно снизилось, появилось нежелание что-либо делать, сонливость, плаксивость. Консультировалась врачом ПНД, по назначению которого стала принимать amitriptyline до 100 мг/сут., через две недели (июль 2021 года) настроение стало приподнятым, самостоятельно отменила ПФТ, была активна, деятельна, начала свой бизнес (занималась производством тортов на заказ), эпизодически конфликтовала с родными, но большую часть времени поведение было правильным. В октябре 2021 года развелась с мужем, после этого настроение стало выражено приподнятым, вновь занималась деньгами у знакомых, конфликтовала с окружающими. По назначению врача-психиатра ПНД была сделана инъекция Клопиксола депо, после чего стала менее раздражительной, согласилась с уговорами родных о необходимости лечения, обратилась на консультацию в НЦПЗ.

Амбулаторный осмотр 10.11.2021: Выглядит соответственно возрасту. Повышенного питания. Одеты аккуратно, в темные брюки и джемпер. Волосы подстрижены, чистые. Умеренно пользуется декоративной косметикой. Поддерживает зрительный контакт. Охотно вступает в беседу с врачом. Темп речи ускорен. Голос громкий, интонационно выразительный. Многоречива, обстоятельна. Отвечает на вопросы развернуто, не всегда в соответствии с заданной темой. Мимика живая. Активно жестикулирует. Жалуется на несколько приподнятое настроение, повышенную активность, неусидчивость, раздражительность. В то же время сообщает, что не может сконцентрироваться за чтением книг, просмотром фильмов, не находит в себе сил помочь детям с домашними заданиями, говорит, что запустила дом. На момент осмотра настроение характеризует как приподнятое. Ночной сон с трудностями засыпания и ранними пробуждениями. Аппетит достаточный. Наличие суицидальных мыслей и намерений отрицает.

Анализ случая:

Состояние определяется становлением медикаментозной ремиссии после перенесенного маниакального состояния по типу «двойной» мании, в картине которого имели место идеомоторное ускорение («скачкой идей»), сокращение потребности в отдыхе, отвлекаемость, склонность к необдуманным поступкам и финансовым растратам, реализация новых планов и проектов, отсутствие критики к состоянию, сокращение ночного сна, снижение аппетита, повышение либидо. Длительность состояния составила около 2 недель, оно развилось аутохтонно. В настоящее время фон настроения эутимический, появилась критика к перенесенному состоянию.

Больна в течение 5 лет. Заболевание манифестировало через 8 месяцев после родов в 30 лет с развития аффективно-смешанного состояния депрессивного типа с проявлениями тревоги, апатии, ухудшением ночного сна и аппетита, приведшего к госпитализации в ПБ. В дальнейшем заболевание протекало континуально с чередованием маниакальных (по типу «двойных» маний) и аффективно-смешанных фаз, причем переход из одной фазы в другую осуществлялся «по щелчку», что свидетельствует о континуальном течении заболевания. Отмечались короткие периоды (до 2 мес) «обычного» настроения, трактуемые больной как ровное, но объективно с признаками гипертимии (повышенной общительностью, активностью, энергичностью, работоспособностью), которые можно расценить как особенности личности.

Преморбидно личность из круга гипертимных, о чем свидетельствуют такие особенности, как повышенная энергичность и продуктивность, экстравертированность, коммуникабельность, и гистрионных, что проявляется в виде эмоциональности, демонстративности, внушаемости.

Таким образом, исходя из имеющихся анамнестических данных и состояния пациентки на момент катамнестического обследования, состояние можно квалифицировать как **«двойную» манию в рамках течения БАР (F31.1).**

4.2 Клинические особенности циклотимии у гипертимных личностей

Циклотимия – аутохтонно возникающие персистирующие состояния патологически измененного аффекта с чередованием периодов гипомании и неглубокой депрессии в виде отдельных или сдвоенных эпизодов (фаз), разделенных интермиссиями или развивающихся континуально [21,47].

Циклотимия диагностировалась у 14 обследуемых с гипертимными чертами, среди которых было 12 женщин, 2 мужчин в возрасте от 22 до 54 лет (средний возраст 38 лет). Манифестация заболевания у большинства приходилась на молодой возраст (18-25 лет), лишь у 3 обследуемых аффективные симптомы впервые появились после 40 лет.

Образовательный статус был достаточно высок: 7 пациентов имели высшее образование (преимущественно специалисты в области гуманитарных наук), 6 человек окончили средние специальные учреждения, 1 обследуемый учился на старших курсах университета. Превалирующее большинство работало, имело успех в выбранной профессии, однако на момент исследования 4 пациента были вынуждены оставить работу из-за ухудшения своего состояния и появившимися в связи с этим признаками временной нетрудоспособности.

У обследованных нами пациентов с диагностированной циклотимией отмечались исключительно аффективно-смешанные фазы депрессивного или маниакального типов, которые имели определенные отличия от тех же состояний, развивающихся при БАР. Прежде всего, эти отличия заключались в меньшей интенсивности и глубине проявлений, характеризуюсь тенденцией к более длительному течению фаз.

Среди аффективных состояний у личностей гипертимного круга при циклотимии встречались астенические мании, тревожно-ипохондрические депрессии и состояния по типу соматоформной декомпенсации.

Наиболее часто (8 обследуемых) наблюдались тревожно-ипохондрические депрессии. Длительность фаз в данном случае составляла от 4 месяцев до 2 лет (в среднем 8,7 месяца). Зачастую манифестации состояния полностью

или частично способствовала психогенная провокация, в дальнейшем фазы развивались аутохтонно, была характерна сезонность их развития (осенне-зимний период). Частота возникновения аффективных фаз на всем протяжении болезни достаточно стабильна и составляла 0,9-1 в год, их течение имело клишированную структуру. Всего с момента манифестации заболевания у обследуемых насчитывалось от 2 до 6 фаз, причем, хотя тревожно-ипохондрические депрессии и преобладали в структуре циклотимии, имели место и гипоманиакальные состояния, выражающиеся в чуть более, чем обычно, приподнятом аффективном фоне, укорочении ночного сна и повышенной продуктивности. Ремиссии длились от 6 месяцев до 10 лет (в отдельных случаях), у всех пациентов они были достаточно высокого качества, что подтверждало их успешное функционирование во всех сферах жизнедеятельности.

У 4 пациентов отмечались проявления астенической гипомании, продолжительность аффективных фаз в данном случае составляла от 3 до 6 месяцев (в среднем 4 месяца). Механизм фазообразования был преимущественно аутохтонным, сезонности в формировании аффективных состояний не выявлялось. Число аффективных фаз за катamnестический период оставалось на уровне 0,5-0,6 в год, их количество за весь период заболевания составляло 2-3 фазы. У 2 пациентов имели место отчетливо гипоманиакальные состояния, остальные же в той или иной степени даже при наличии признаков маниакальной триады сохраняли черты смешанности. Длительность ремиссий варьировала – 3 пациента отличались непродолжительными периодами стабилизации состояния (до 6 месяцев), 1 обследуемый не наблюдал проявлений болезни на протяжении 5 лет.

Наблюдение №3

Пациент А-ва И.А, 1974 г.р.

Впервые поступила в клинику ФГБНУ НЦПЗ 15.06.2021, выписана 28.07.2021, и/б 2506/21

Из анамнеза: (со слов больной, ее родственников, данных медицинской документации)

По линии матери:

Бабка – умерла в 74 года от рака поджелудочной железы. По характеру была активной, энергичной, деятельной, жизнерадостной, трудолюбивой. Имела среднее образование, работала в колхозе.

Дед – умер задолго до рождения пациентки, иных сведений нет.

Мать – 71 год. Имеет высшее сельскохозяйственное образование. Работала агрономом, в настоящее время на пенсии. По характеру общительная, добрая, отзывчивая, энергичная, эмоциональная.

Брат – 52 года. Имеет среднее медицинское образование, работает в санитарно-эпидемиологической службе. По характеру добрый, ранимый, общительный. Был женат, но брак распался из-за измены супруги, с тех пор живет один, эпизодически злоупотребляет алкоголем.

По линии отца:

Бабка – умерла, когда пациентке было 2 года, других сведений нет.

Дед – умер в 71 год от рака желудка. Имел среднее образование, работал на заводе. По характеру был коммуникабельным, трудолюбивым, жизнерадостным.

Отец – умер в 46 лет от почечной недостаточности. Был спокойным, сдержанным в проявлении эмоций, малообщительным. Имел высшее образование, работал по специальности. В течение жизни избегал обращения за медицинской помощью, испытывал страх при общении с врачами.

Выросла в Рязанской области. Родилась от второй, нормально протекавшей беременности, в срок, вторым ребенком в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту: ходить начала в 11 месяцев, фразовая речь к двум годам. По характеру формировалась впечатлительной, общительной, активной, энергичной, жизнерадостной. Детских страхов, снохождения, сноговорения, энуреза не отмечалось. В 3,5 года научилась читать, читала «запоем», нравились книги разных жанров. С этого же возраста посещала

ДДУ, успешно адаптировалась, дружила со сверстниками, нравилось находиться в центре внимания. В дошкольном периоде часто болела простудными заболеваниями, несколько раз в связи с пневмонией лечилась в стационаре.

В школе с 6 лет, трудностей адаптации не возникало, была общительна с одноклассниками, обзавелась большим количеством друзей, преимущественно среди мальчиков, но также были 1-2 близкие подруги. Училась на отличные отметки, одинаково хорошо успевала по всем предметам. При ответе у доски тревоги не испытывала, всегда приходила в школу подготовленной. Активно участвовала в самодеятельности – играла в школьных спектаклях, читала стихи на публику, танцевала. В первом классе впервые испытала влюбленность по отношению к однокласснику, вместе с которым участвовала в постановке сказки, о своих чувствах никому не рассказывала.

В 8 лет по собственной инициативе начала посещать музыкальную школу по классу фортепиано, с удовольствием играла на музыкальном инструменте, нравилось принимать участие в концертах, усердно готовилась к выступлениям. В этом же возрасте ходила в танцевальный кружок, несколько лет спустя начала заниматься в фотостудии, со всем справлялась, практически никогда не уставала.

Менструации с 12 лет, установились в течение нескольких месяцев, сопровождалась выраженными болевыми ощущениями в области живота, нуждалась в приеме анальгетиков. В подростковом возрасте по характеру существенно не менялась, оставалась жизнерадостной, активной, коммуникабельной, легкой на подъем.

В 14 лет (1988 год) после окончания 8 класса приняла решение о поступлении в колледж, сначала по примеру старшего брата собиралась связать свое будущее с медициной, но в последний момент передумала, поступила в музыкальное училище по специальности концертмейстер. Переехала в Рязань, стала проживать одна в общежитии. Первое время

тосковала по дому, не могла адаптироваться к жизни в городе, необходимости пользоваться общественным транспортом, контактировать с большим количеством незнакомых людей. Фон настроения, в целом, не снижался, справлялась с учебой, была в меру общительна с однокурсниками, поддерживала теплые отношения с братом, который проживал неподалеку. Постепенно привыкла к новому образу жизни, обзавелась друзьями, нравилось проводить с ними свободное время.

В 16 лет во время учебной практики (играла на фортепиано в оркестре) познакомилась с молодым человеком, также музыкантом. Испытывала влюбленность, отмечала приподнятое настроение, спала 5-6 часов в сутки, сочиняла музыку. Вскоре вступила с ним в романтические отношения, ценила в избраннике его творческий потенциал, способность позаботиться о ней. Период повышенного настроения сохранялся около 1,5 месяцев, затем оно стало, как прежде, немного приподнятым.

Когда пациентке было 17 лет (1991 год), скоропостижно умер отец. Тяжело переживала его смерть, в течение двух месяцев фон настроения был подавленным, тосковала по отцу, часто плакала. Тем не менее, в этот период продолжала учиться, испытывала облегчение во время игры на фортепиано, общения с друзьями, возлюбленным. Вскоре настроение выровнялось, а затем стало немного приподнятым, свойственным пациентке обычно.

Окончила училище с красным дипломом, приняла предложение молодого человека выйти за него замуж, сразу после свадьбы переехала вместе с ним в Звенигород. Первое время отношения с мужем складывались доброжелательными, доверительными, затем он начал злоупотреблять алкоголем, проявлять вербальную агрессию по отношению к пациентке. Старалась не обращать внимание на придирки мужа, пыталась корректировать свое поведение, чтобы лишней раз не спровоцировать конфликт. Год спустя (1995 год) забеременела, была рада этому. Беременность протекала легко, фон настроения не менялся, в срок родила здоровую девочку. В послеродовом периоде настроение оставалось прежним,

справлялась с уходом за ребенком, эпизодически конфликтовала с супругом, уличала его в неверности, но прощала, считала правильным сохранить семью.

В 2000 году устроилась на работу в музыкальную школу в должности преподавателя. Быстро адаптировалась среди коллег, вскоре, помимо преподавательской деятельности, стала заниматься музыкальным сопровождением концертов, получала удовольствие от выполняемой работы. Фон настроения оставался немного приподнятым, привычным для пациентки, была активна, энергична, с оптимизмом смотрела в будущее.

Несколько лет спустя узнала, что у мужа есть вторая семья. Тяжело переживала это, воспринимала как предательство, приняла решение о разводе. Настроение в этот период стало несколько подавленным, но продолжала работать, справлялась с большим количеством обязанностей. После развода с супругом настроение также было немного сниженным, переживала о будущем, эпизодически возникали мысли о бессмысленности жизни, но понимала, что из-за дочери ничего с собой не сделает. Сон и аппетит при этом не нарушались. Данное состояние длилось около двух месяцев, затем постепенно настроение выровнялось. В этот же период решила восстановить отношения с бывшим мужем, несколько месяцев спустя повторно зарегистрировали брак.

В 2010 году повторно забеременела, эту новость восприняла с радостью. Беременность протекала с угрозой прерывания, неоднократно проходила стационарное лечение. Настроение в этот период оставалось ближе к ровному, лишь эпизодически испытывала тревогу за ребенка, но в целом большую часть времени старалась сохранять оптимизм, веру в лучшее. В срок родила здорового мальчика, из-за осложнения во время родов по настоящее время отмечаются проявления эндометриоза. В послеродовом периоде настроение было ровным, с уходом за ребенком справлялась, повышенной тревоги не испытывала.

В течение последующих 6 лет состояние было стабильным, продолжала работать в музыкальной школе, заботилась о детях. Эпизодически конфликтовала с мужем из-за его неверности, но настроение существенно не снижалось, в такие моменты старалась больше времени проводить с детьми, путешествовать.

Состояние впервые изменилось в 2016 году (41 год) на фоне очередного семейного кризиса, когда в ночные часы стали возникать кратковременные эпизоды беспричинной тревоги, сопровождавшиеся учащенным (до 120 уд./мин.) сердцебиением, одышкой, диареей, страхом смерти. В связи с этим неоднократно вызывала бригаду СМП, консультировалась неврологом в поликлинике, проходила многочисленные обследования. В этом же году из-за повышенного уровня пролактина была направлена на МРТ гипофиза, была выявлена микроаденома, не требующая хирургического вмешательства. В этот же период, узнав об очередной измене, приняла решение окончательно разорвать отношения с мужем, после чего настроение стало подавленным, часто плакала, испытывала тревогу за будущее.

В 2017 году обратилась к другому неврологу, по его рекомендации стала принимать алпразолам, циталопрам. На фоне терапии существенного улучшения не отмечала, в связи с чем вместо циталопрама был назначен пароксетин. Вскоре настроение выровнялось, эпизоды тревоги стали возникать реже, но отметила повышение аппетита, за 2 месяца поправилась на 10 кг. Постепенно уменьшила дозировку препарата, затем вовсе перестала его принимать. Усиления тревоги не отмечала, фон настроения вновь стал немного приподнятым, обычным для пациентки, активно занималась спортом с целью возвращения в прежнюю физическую форму.

В 2018 году во время отдыха в Турции познакомилась с мужчиной из Стамбула, завязала с ним романтические отношения. Испытывала влюбленность, отмечала более выраженный подъем настроения, спала по 4-5 часов в сутки, при этом чувствовала себя бодрой, отдохнувшей, активной. После возвращения домой настроение вновь стало обычным, продолжала

общаться с возлюбленным по телефону, каждый отпуск проводила с ним, строила планы о переезде в Турцию, однако понимала, что не сможет переехать вместе с детьми, найти работу. Постепенно общение с возлюбленным прекратилось, осенью 2020 года совместно приняли решение о расставании. Около двух недель периодически, вспоминая о нем, была подавлена, плаксива, но большую часть времени настроение не менялось, продолжала работать, оставалась в меру общительной.

В декабре 2020 года перенесла коронавирусную инфекцию, осложненную пневмонией, по поводу которой лечилась в стационаре. После выписки вновь появилась тревога, часто возникали головные боли и боли в мышцах, возникли трудности засыпания. Продолжала работать, но дома проводила время преимущественно в постели, свои обязанности переложила на мать, которая была вынуждена переехать из Рязанской области. В этот период впервые обратилась к психиатру, по его рекомендации начала принимать венлафаксин 75 мг/сут., кветиапин 25 мг на ночь. Несколько недель спустя почувствовала облегчение состояния, появились силы, стала активнее, нормализовался ночной сон.

В начале марта 2021 года настроение стало приподнятым, приняла решение отдохнуть на Кипре. За три дня до возвращения домой познакомилась с мужчиной – гражданином США. Влюбилась, последние дни отдыха практически не спала, при этом была активна, энергична, строила планы о совместной жизни с новым избранником. После возвращения домой около недели настроение также оставалось приподнятым, часто общалась с возлюбленным по телефону, постоянно думала о нем, затем постепенно без видимой причины фон настроения сменился на подавленный, появилась беспричинная тревога, частые головные боли. Приняла решение обратиться в НЦПЗ, была проконсультирована и госпитализирована в 5 отделение.

Психический статус: При поступлении ориентирована всесторонне верно. Выглядит несколько моложе своих лет. Одеты аккуратно, в комбинезон темно-синего цвета. Волосы чистые, распущены по плечам. На ногтях яркий

маникюр. Умеренно пользуется декоративной косметикой. В кабинет входит быстрой походкой. Поддерживает зрительный контакт. Несколько манерна, демонстративна. Охотно вступает в разговор с врачом, улыбается, адекватно теме беседы. Голос умеренной громкости, интонационно выразительный. Темп речи ускорен, многоречива, обстоятельна, трудноперебиваема. Мимика живая, активно жестикулирует. Жалуется на сниженное настроение, тревогу, как немотивированную, так и конкретную (за свое здоровье, членов семьи), отсутствие сил и мотивации к деятельности, ощущение неполноты эмоциональных реакций и дефицита положительных эмоций, раздражительность. Также говорит об ухудшении памяти, снижении концентрации внимания, болях в мышцах различной локализации, головных болях. Суточный ритм с ухудшением в утренние часы. Ночной сон с трудностями засыпания. Аппетит незначительно снижен. Суицидальные мысли и намерения отрицает. Критика к своему состоянию сохранена, ищет помощи, на лечение соглашается охотно.

С первых дней в стационаре была достаточно активна, общительна с другими пациентами и медицинским персоналом, читала художественную литературу, играла на фортепиано. При этом в разговоре с лечащим врачом жаловалась на сохраняющуюся беспричинную тревогу, подавленность, а также небольшую сонливость, которую связывала с побочными эффектами ПФТ. Постепенно выровнялся фон настроения с полной редукцией тревоги, сонливости, слабости, нежелания что-либо делать, неприятных ощущений в теле, раздражительности, отмечала субъективное улучшение концентрации внимания и памяти, нормализовались сон и аппетит. Накануне предполагаемой выписки вновь почувствовала беспредметную тревогу, попросила врача ненадолго отложить возвращение домой, так как переживала, что состояние может ухудшиться. После коррекции ПФТ тревога полностью прошла, была довольна своим самочувствием. Выписывается в удовлетворительном состоянии с рекомендациями

консультативного наблюдения у психиатра и приёма поддерживающей терапии по подобранной в стационаре схеме.

Соматическое состояние: Телосложение правильное, умеренного питания (ИМТ 24,5). Кожа и видимые слизистые нормальной окраски, без видимых высыпаний и повреждений. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев чистый, налетов нет. Периферических отеков нет. Дыхание носовое, свободное. Грудная клетка правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Область сердца не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70 уд/мин, АД 129/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не выступают из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены.**Консультация терапевта от 18.06.21:** ВСД по гипертоническому типу. **Бактериологические исследования от 17.06.21:** HBs Ag, antiHCVtotal, SyphilisRPR, diphtheria, возб. сальмонеллезом, дизентерии - не обнаружены.**Б/х крови от 22.07.21:** АЛТ 13 е/л; АСТ 17 е/л; билирубин общ. 5,3 мкмоль/л; мочевины 3,9 ммоль/л; альб. 37,1 г/л; глюкоз. 4,9 ммоль/л; холестерин 3,7 ммоль/л; общ. белок 62,5 г/л. **Клин.ан.крови от 22.07.21:** эритроциты $4,49 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобин 146 г/л; тромбоциты $290 \cdot 10^9/л$; лейкоциты $8,5 \cdot 10^9/л$, в т.ч. п – 1%, с – 67%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; лимфоциты – 23%; моноциты – 8%; СОЭ 9 мм/ч. **Общ.ан.мочи от 22.07.21:** цв – соломенно-желт., прозрачн – полн; уд.вес 1020; реакция 6,0; белок 0,01; глюкоза, желчн.кислоты, кетонов. тела отсутств., эпителий плоский немного в пр-те., лейкоциты 2-3 в п/з, слизь – небольшое кол-во, соли не обн., бактерии – небольшое кол-во. **ЭКГ от 22.07.21:** Синусовый ритм, ЧСС = 84 уд/мин. Нормальное положение ЭОС. **Консультация офтальмолога от 17.06.21:** OU – без патологии. **Консультация акушера-гинеколога от 14.07.21:** Аденомиоз.

Амбулаторная консультация 12.11.21: После выписки из НЦПЗ в июле 2021 года регулярно принимала поддерживающую терапию, состояние было

стабильным. Проживала с матерью и сыном, продолжала работать учителем музыки, со своими обязанностями справлялась. Свободное время проводила за общением с родными и друзьями, занималась фитнесом, так как после госпитализации отметила, что стала набирать вес. В августе 2021 года приняла решение о разрыве с возлюбленным, так как не видела смысла в продолжение отношений на расстоянии, перенесла это событие спокойно. В начале октября 2021 года вместе с подругой отдыхала в Турции, где настроение существенно не менялось, оставалась активной, деятельной, энергичной, с удовольствием посещала различные экскурсии, знакомилась с новыми людьми, но романтических отношений не заводила. После возвращения домой неделю спустя, отметила некоторое снижение настроения, небольшую тревогу без видимых причин, что, однако, не мешало вести привычный образ жизни. Продолжала принимать терапию в прежнем объеме. Через две недели в связи с сохранением умеренной тревоги обратилась на консультацию в НЦПЗ.

Психическое состояние на момент осмотра: Выглядит соответственно возрасту. Одет аккуратно, в темные джинсы и бежевый джемпер. Волосы чистые, собраны в хвост. На лице умеренный макияж. Поддерживает зрительный контакт. Мимика живая, умеренно жестикулирует. На разговор соглашается охотно, отвечает на вопросы развернуто, в плане заданного. Голос умеренной громкости, интонационно выразительный. Темп речи немного ускорен. Высказывает жалобы на умеренную тревогу, преимущественно в утренние часы, непродолжительные эпизоды несколько сниженного настроения, уныния, недовольства собой. Признает, что большую часть времени состояние остается в пределах нормы, может справляться с домашними обязанностями, работой, получает от нее удовольствие. На момент осмотра настроение характеризует как ровное. Ночной сон не нарушен. Аппетит достаточный. Наличие суицидальных мыслей отрицает.

Анализ случая

Состояние определяется становлением медикаментозной ремиссии после перенесенного аффективно-смешанного состояния и характеризуется личностными особенностями истеро-гипертимного круга, проявляющимися в виде повышенной эмоциональности, жизнерадостности, поверхностности отношений с окружающими, активности, энергичности, непринужденности общения.

Психопатологическая структура состояния, послужившего причиной госпитализации, квалифицировалась как аффективно-смешанная с проявлением тревоги, умеренных апато-динамических расстройств, нарушением сна по типу трудностей засыпания, снижением аппетита, конверсионно-ипохондрическими расстройствами невротического уровня (боли в мышцах различной локализации, голове, дрожь в теле). При этом имели место признаки идеомоторного ускорения – многоречивость, живость мимики и моторики, ускорение мышления, оптимизм, активность. Длительность состояния около 3 месяцев.

Больна в течение 5 лет. Заболевание манифестировало в 41 год на фоне психогенной провокации (развод с мужем), когда впервые стойко снизилось настроение, нарушились сон и аппетит, появились эпизоды как пароксизмальной, так и диффузной тревоги. Принимала ПФТ. В дальнейшем заболевание протекало биполярно с развитием аффективно-смешанных состояний депрессивного типа с тревогой, ипохондрическими проявлениями, астено-апатическими расстройствами и гипоманий, когда фон настроения был приподнятым, ночной сон укорачивался до 3-4 часов, отмечались повышенная энергия и продуктивность.

Преморбидно личность с сочетанием гипертимных и гистрионных черт, о чем свидетельствуют такие особенности, как общительность, жизнерадостность, активность, энергичность, впечатлительность, эмоциональность, демонстративность.

Таким образом, состояние можно квалифицировать как **Циклотимия, депрессия со смешанными чертами тревожно-ипохондрической структуры. F34.0**

4.3 Клинические особенности декомпенсации расстройства личности у гипертимов

Расстройства личности, или психопатии, — патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада и представляющие собой постоянное, чаще врожденное свойство индивидуума, сохраняющееся в течение всей жизни [47,55].

Среди обследуемых с гипертимными чертами характера РЛ было диагностировано у 15 человек – 11 женщин, 4 мужчин в возрасте от 26 до 50 лет, средний возраст – 30,5 лет. У всех обследуемых первые признаки патохарактерологических расстройств начали проявляться в подростковом возрасте, что расценивалось самими пациентами и их окружением в рамках «обычного» пубертатного периода.

Практически все пациенты имели среднее специальное или высшее образование. Около половины обследуемых не работали, поскольку из-за нестабильного психического состояния не могли в той или иной степени справляться со своими обязанностями. Остальные до и во время амбулаторного лечения были трудоустроены в различных профессиональных сферах.

У лиц с гипертимными чертами были диагностированы два варианта личностных расстройств – истерическое и смешанное, которое проявлялось сочетанием нескольких радикалов из разных кластеров. Их декомпенсация выражалась в развитии аффективно-смешанных фаз депрессивного или маниакального типа. Существенной разницы в проявлениях одинаковых фаз при обоих РЛ обнаружено не было.

Продолжительность фаз была меньше, чем при расстройствах аффективного спектра (в среднем – 4 недели). Манифестное состояние являлось наиболее

длительным (у отдельных пациентов впервые возникшие аффективные проявления сохранялись на протяжении 2-3 месяцев). Смешанные фазы имели преимущественно клишированную структуру, однако у нескольких пациентов по анамнестическим данным наблюдались и другие психопатологические варианты (так, у пациентки с проявлениями астенической гипоманииманифестное состояние квалифицировалось как тревожно-ипохондрическая депрессия). Во всех случаях имела место психогенная провокация, зачастую несущественная, но субъективно значимая для пациента (смена жизненного уклада, учебного стереотипа, конфликт с близкими). Сезонности в возникновении аффективной симптоматики выявлено не было.

Ремиссии в большинстве случаев были непродолжительными и составляли от нескольких месяцев до 1 года (в некоторых случаях – до 2 лет), однако даже за непродолжительный период компенсации состояния пациенты возвращались к привычной жизни: работали и имели профессиональный рост, проявляли социальную активность.

Тревожно-ипохондрические депрессии наблюдались у 4 пациентов с истерическим РЛ (26,7%) и у 2 со смешанным РЛ (13,3%). Продолжительность фаз составляла 1,5 месяца, частота – 1,6 в год. На протяжении жизни у обследуемых в среднем насчитывалось 6-8 фаз, среди которых хотя и преобладали аффективно-смешанные, но также встречались кратковременные, ситуационно обусловленные гипоманиакальные состояния (5-7 дней). Длительность компенсаторных периодов в ходе заболевания составляла 4-6 месяцев.

Проявления *соматоформной декомпенсации* наблюдались у 4 обследуемых с истерическим РЛ (26,7%). Фазы были достаточно короткими, длились от 3 до 6 недель, во всех случаях имела место психогенная провокация. У одной пациентки на момент обследования состояние было манифестным, остальные ранее перенесли 3-4 фазы, которые имели преимущественно смешанную структуру, но могли быть представлены другими психопатологическими

вариантами – тревожной депрессией или астенической гипоманией. На фоне лечения достаточно быстро происходила компенсация с редукцией аффективных и соматоформных проявлений, которая длилась от 3 месяцев до 2 лет (при отсутствии серьезных сторонних раздражителей).

У 2 пациентов (13,3%) с диагностированным смешанным РЛ наблюдались *полиморфные депрессии*. Их продолжительность составляла от 4 до 6 недель, на протяжении жизни у пациентов наблюдалось 4-5 смешанных фаз, имевших клишированную структуру. Гипоманиакальных эпизодов не выявлялось. Периоды стабилизации состояния были непродолжительными и длились 3-5 месяцев, причем отдельные, не нарушающие привычный образ жизни, симптомы могли сохраняться и в это время.

Состояния по типу *астенической гипомании* наблюдались у 1 пациента (6,7%) с гистрионным РЛ и у 2 (13,3%) со смешанным. Этот вариант аффективно-смешанных расстройств длился от 3 до 5-6 недель, на протяжении заболевания у пациентов насчитывалось 3-6 фаз, частота возникновения которых в среднем составляла 1,1 в год. Этот вариант был наиболее благоприятным по длительности компенсаторных периодов, у 1 пациента он достигал 2,5 лет, у остальных – от 9 месяцев до 1,5 лет.

Наблюдение № 4

Пациент Н-ва Р.А., 1987

Впервые поступила в клинику ФГБНУ НЦПЗ 02.09.2020, выписана 20.09.2020, и/б 3227/20

Из анамнеза (со слов пациентки, ее родственников, данных медицинской документации)

По линии матери:

Дед – умер в 85 лет от сердечно-сосудистой патологии. По характеру был властным, резким, замкнутым. Имел среднее специальное образование, работал строителем.

Бабка – умерла в 63 года от рака желудка. По характеру была спокойной, сдержанной, малообщительной, доброй, заботливой. Не работала, занималась ведением домашнего хозяйства, воспитанием детей и внуков.

Мать – 57 лет. По характеру эмоциональная, зависимая от чужого мнения, тревожная в отношении здоровья. Имеет среднее специальное образование, работала на заводе, затем – гувернанткой.

Брат – 26 лет. Добрый, отзывчивый, серьезный, целеустремленный. Имеет высшее техническое образование, работает программистом.

По линии отца:

Дед – умер в 70 лет от патологии печени. По характеру был общительным, активным, жизнерадостным, энергичным. Эпизодически злоупотреблял алкогольными напитками, в состоянии опьянения мог проявить вербальную агрессию по отношению к супруге.

Бабка – умерла в 86 лет от осложненной пневмонии. По характеру была доброй, отзывчивой, общительной, энергичной. Имела среднее образование, работала на заводе.

Отец – 61 год. Общительный, компанейский, любит находиться в центре внимания, оптимистичный, рациональный. Имеет среднее специальное образование, работал токарем на заводе, затем – водителем.

Родилась в Молдавии от первой, нормально протекавшей беременности, в срок, первым ребенком в семье из двух детей. Росла и развивалась соответственно возрасту. По характеру формировалась самостоятельной, общительной, жизнерадостной, энергичной, впечатлительной. Снохождения, сноговорения, энуреза не было. С 3 до 6 лет боялась оставаться в одиночестве, если родителям нужно было ненадолго уйти, ждала их на улице, дома испытывала необъяснимую тревогу.

С 1 года 8 месяцев посещала ясельную группу ДДУ, фрагментарно помнит, что нравились активные игры в компании других детей, никогда не сидела в одиночестве или без дела, нравилось находиться в центре внимания. С ранних лет была избирательна в еде, не могла есть мясные и молочные

продукты, из-за чего в ДДУ неоднократно подвергалась упрекам воспитателей, но относилась к этому спокойно, отстаивала свою позицию.

В школе с 7 лет (1994 год), адаптировалась успешно. Училась преимущественно на отличные отметки, предпочтение отдавала точным наукам, с гуманитарными дисциплинами справлялась хорошо, но требовалось больше усилий. Оставалась общительной, активной, было много друзей, преимущественно мальчики, с девочками общалась выборочно, формально.

Менструации с 12 лет, установились в течение нескольких месяцев, безболезненные. Перепадов настроения в предменструальном периоде не отмечала. В подростковом возрасте несколько изменилась по характеру – стала более эмоциональной, переживала, когда, по ее мнению, не была лучше всех одета в компании, но оставалась общительной, энергичной, деятельной.

В 14 лет (2001 год) вместе с семьей переехала в Москву, начала посещать новую школу. Первое время отношения с одноклассниками складывались благополучно, подружилась с несколькими ребятами, с остальными общалась формально. Через несколько недель после начала учебы начала встречаться с молодым человеком из своего класса. Вскоре после этого стала объектом «травли» со стороны одноклассниц, среди которых была бывшая девушка возлюбленного. Несмотря на сложную обстановку в учебной среде, настроение было несколько приподнятым на фоне влюбленности, нравилось проводить время в компании молодого человека. Училась по-прежнему на хорошие отметки, но часто сталкивалась с непониманием со стороны педагогов, которые были в курсе сложившейся ситуации. В течение полугода отношения с одноклассницами несколько улучшились, но близкими подругами не обзавелась, больше общалась с мальчиками.

В 10 классе перешла в новую школу, достаточно быстро адаптировалась, подружилась с девочкой – соседкой по парте. Продолжала встречаться с тем же молодым человеком, но в 11 классе разорвала отношения из-за его измены. После расставания настроение около недели было подавленным,

часто плакала, затем стала, как прежде, жизнерадостной, деятельной, настроение выровнялось. По окончании школы поступила в Академию водного транспорта. Адаптировалась успешно, была общительна с однокурсниками, с удовольствием посещала вечеринки, которые они устраивали. Училась хорошо, но без интереса. В конце первого курса начала встречаться с молодым человеком, который длительное время добивался ее расположения. Испытывала романтические чувства к избраннику, но выраженного подъема настроения не отмечала, ценила в возлюбленном доброту, спокойный характер, незаурядный ум.

На втором курсе (2006 год) начала работать в частной компании в должности помощника бухгалтера. Быстро влилась в рабочий коллектив, подружилась с коллегами, успешно справлялась с выполняемой работой. Вскоре начала испытывать романтические чувства к директору, который демонстрировал свое расположение к ней. Поддерживала с ним платонические отношения, в то же время продолжая встречаться с возлюбленным из ВУЗа. Настроение около месяца было выражено приподнятым, много времени проводила на работе. Около трех лет была влюблена в директора, затем приняла решение прекратить любые отношения с ним, помимо рабочих. В 2010 году окончила университет, продолжала работать в той же компании, быстро добилась повышения, легко справлялась со своими обязанностями.

В 2011 году рассталась с молодым человеком по его инициативе, переживала из-за разрыва, но существенного изменения в состоянии не отмечалось. Три месяца спустя вновь сошлась с ним, отправились в совместное путешествие в Таиланд, где настроение первые дни оставалось немного приподнятым, свойственным пациентке обычно, а затем несколько снизилось, постоянно думала о целесообразности продолжения романтических отношений. После возвращения домой окончательно приняла решение о расставании, на фоне этого настроение еще сильнее снизилось, была плаксива, с трудом продолжала работать, быстро уставала, нарушались сон и аппетит (впервые появились неконтролируемые переживания). По инициативе матери

консультировалась терапевтом в поликлинике, которым был назначен антидепрессант (название не помнит). Неделю спустя настроение стало немного приподнятым, нормализовались сон и аппетит, с прежним энтузиазмом вернулась к работе. В течение последующих двух лет оставалась активной, деятельной, много путешествовала, в романтические отношения не вступала, одиночеством не тяготилась.

В 2013 году приняла решение вместе с подругой отправиться отдыхать на Гоа, потратив на путевку все имеющиеся финансовые средства. На третий день путешествия познакомилась с молодым человеком, с первого взгляда влюбилась, оставшиеся 4 дня до возвращения домой провела в его компании, настроение было выражено приподнятым. По приезду домой поняла, что должна быть рядом с возлюбленным, с удовольствием приняла его предложение переехать к нему в Архангельск. В течение месяца уволилась с работы, нашла работу в банке Архангельска и переехала к избраннику.

Около месяца после переезда настроение оставалось выражено приподнятым, была энергичной, веселой, активной, обустроивала новое жилище. Затем фон настроения сменился на несколько подавленный – тосковала по родным и друзьям, тяготилась неблагоприятными погодными условиями из-за чего часто была плаксива, чувствовала себя уставшей, разбитой, хотя внешне и сохраняла прежнюю активность. Два месяца спустя настроение самостоятельно нормализовалось, вновь стала жизнерадостной, с оптимизмом смотрела в будущее. Год спустя уволилась из банка и вместе с возлюбленным переехала в Петрозаводск, где открыли совместный бизнес. Легко справлялась с новой для себя сферой деятельности, быстро адаптировалась в другом городе, с энтузиазмом занималась поиском жилья, обустройством квартиры. Еще через год, в связи с расширением бизнеса, вместе с молодым человеком переехали в Братск, где проживали в течение 2 лет. Настроение также оставалось немного приподнятым, обычным для пациентки.

В 2017 году вернулись в Петрозаводск, совместно с избранником приняли решение завести ребенка. Вскоре забеременела, новость восприняла с радостью. Во время беременности оставалась активной, деятельной, выполняла все рекомендации врача, посещала бассейн, занималась йогой. На 5 месяце беременности эпизодически стала отмечать подавленное настроение, понимала, что теперь будет вынуждена поменять привычный жизненный уклад, чем тяготилась. Стала больше уставать, ощущала себя слабой, зависящей от возлюбленного. За помощью к специалистам не обращалась, в срок родила здоровую девочку. После родов настроение большую часть времени было ровным, ухаживала за ребенком, занималась домашним хозяйством, каких-либо трудностей не отмечала.

Через полгода после рождения дочери (2018 год) настроение стойко снизилось, появилось нежелание что-либо делать, ощущение бессилия, плаксивость. Стала посещать психолога, занималась психотерапией, на фоне чего состояние несколько улучшилось. Несколько месяцев спустя вместе с семьей отправилась на отдых в Доминиканскую Республику, настроение в этот период вновь стало приподнятым, была энергична, активна. После возвращения фон настроения сменился на подавленный, консультировалась психиатром, по его рекомендации принимала сначала золофт без эффекта, потом паксил и грандаксин. Почувствовала улучшение состояния – настроение выровнялось, появились силы заниматься домашними делами, воспитанием дочери. Месяц спустя отменила ПФТ, состояние при этом не менялось.

Весной 2020 года по инициативе гражданского мужа начала планировать переезд в Москву. В этот период настроение стало немного приподнятым, с энтузиазмом занималась поиском жилища, ремонтом, приобретением мебели и других деталей интерьера. После переезда в августе 2020 года участились конфликты с мужем на бытовой почве, настроение постепенно снизилось, перестала получать удовольствие от любимых занятий, общения с родными, чувствовала моральную усталость, появилось ощущение зажатости,

скованности мышц. Вновь начала переедать, заметила, что стали выпадать волосы, пользовалась специальными шампунями, но эффекта не наблюдала. Консультировалась трихологом, после обследования было установлено, что волосы выпадают в 2 раза больше нормы, по его рекомендации обратилась к психиатру, была госпитализирована в 5 отделение.

Психический статус: При поступлении ориентирована всесторонне верно. Выглядит несколько моложе своих лет. Одеты аккуратно, по молодежной моде – в рваные джинсы и футболку свободного кроя. Волосы чистые, собраны в хвост. На ногтях ярко-розовый маникюр. Умеренно пользуется декоративной косметикой. В кабинет входит быстрой походкой. Поддерживает зрительный контакт. Несколько манерна, демонстративна. Охотно вступает в разговор с врачом, улыбается, адекватно теме беседы. Голос умеренной громкости, интонационно выразительный. Темп речи ускорен, многоречива, обстоятельна, трудноперебиваема. Мимика живая, активно жестикулирует. Жалуется на сниженное, упадническое настроение, нежелание что-либо делать, отсутствие сил и мотивации к деятельности, ощущение неполноты эмоциональных реакций, раздражительность, плаксивость. Также говорит, что в последнее время стали выпадать волосы, начала переедать, особенно после конфликтов с мужем. Суточный ритм с ухудшением в утренние часы. Ночной сон с трудностями засыпания. Аппетит, за исключением эпизодов переедания, снижен. Суицидальные мысли и намерения отрицает. Критика к своему состоянию сохранена, ищет помощи, на лечение соглашается охотно.

В динамике: Первое время в отделении сохранялись подавленность, нежелание что-либо делать, слабость. Однако была общительна с другими пациентами, постоянно пыталась себя чем-то занять – чтением книги, выполнением легких физических упражнений, заботой об окружающих. Уже на 3 день госпитализации отметила, что волосы выпадают меньше, не переедала. Постепенно на фоне проводимого лечения выравнился фон настроения, перестали беспокоить нежелание что-либо делать, слабость,

раздражительность, плаксивость. Нормализовались сон и аппетит. Выписывается домой в удовлетворительном состоянии с рекомендацией консультативного наблюдения врачом-психиатром и приемом поддерживающей терапии. При выписке выданы рецепты в городскую сеть.

Соматическое состояние: Телосложение правильное, умеренного питания. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски, без видимых высыпаний и повреждений. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев чистый. Отеков нет. Дыхание носовое, свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98 уд/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Заключение терапевта от 13.09.20: Хронический пиелонефрит, латентное течение, фаза ремиссии. Хронический гастрит. **Бактериологические исследования от 03.09.20:** HBs Ag, antiHCVtotal, SyphilisRPR, diphtheria, возб. сальмонеллезов, дизентерии - не обнаружены. **Б/х крови от 03.09.20:** АЛТ: 28 МЕ/л; АСТ: 23 МЕ/л; общ. белок: 65 г/л; альбумин: 41.7 г/л; мочевины: 3.9 ммоль/л; билирубин общ.: 8.5 мкмоль/л; холестерин: 4.9 ммоль/л; глюкоза: 5.1 ммоль/л. **Клинический анализ крови от 11.09.20:** гемоглобин: 147 г/л; эритроциты: $4.85 \cdot 10^{12}$ /л; гематокрит: 0.405 л/л; тромбоциты: $235 \cdot 10^9$ /л; лейкоциты: $9.8 \cdot 10^9$ /л, в т.ч. палочкоядерные: 1 %, сегментоядерные: 67 %, эозинофилы: 1%, лимфоциты: 27 %, моноциты: 4 %. СОЭ: 2 мм/ч. **Общий анализ мочи от 11.09.20:** Цвет: с/ж. Прозрачность: неполная. Относительная плотность: 1015. Реакция: 7. Белок: 0.040 г/л Глюкоза: отр. мкмоль/л Кетоновые тела: отр. Билирубин: отр. Уробилиноиды: 0,2. Эпителий: неб. кол-во в пр-те. Лейкоциты: ед. в пр-те. Слизь: неб. кол-во. Бактерии: необн. **ЭКГ от 11.09.20:** Синусовый ритм, 78 уд/мин. Нормальное положение ЭОС. **Заключение офтальмолога от 16.09.20:** OU-миопия средней степени. **Неврологическое состояние:** Лицо симметрично, язык по средней линии. Глазные щели симметричны OS=OD. Зрачки D=S. Нистагм, анизокория не наблюдаются. Сухожильные рефлексы

не нарушены. Тонус мышц рук не повышен. Парезов и параличей нет. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива. **Заключение невролога от 04.09.20:** Головные боли напряжения в рамках основного заболевания.

Амбулаторная консультация 10.12.20: После выписки из НЦПЗ в сентябре 2020 года состояние было удовлетворительным, регулярно принимала ПФТ. Проживала с мужем и дочерью, работала, со своими обязанностями справлялась. В ноябре 2020 года вместе с подругой отдыхала в Сочи, познакомилась там с молодым человеком, начала испытывать влюбленность, на фоне чего настроение стало немного приподнятым, была активна, энергична. После возвращения домой молодой человек оборвал общение с ней, в связи с чем настроение вновь стало подавленным, отметила, что опять начали выпадать волосы, появилось ощущение моральной усталости, не могла отвлечься от ситуации, часто плакала. С целью коррекции терапии обратилась на консультацию в НЦПЗ.

Психическое состояние на момент осмотра: Выглядит соответственно возрасту. Одет аккуратно, в яркий свитер и темно-синие джинсы. Волосы чистые, распущены по плечам. На лице умеренный макияж. Зрительного контакта с врачом не избегает. Выражение лица в начале разговора грустное, затем оживляется, начинает улыбаться, адекватно обсуждаемой теме. Голос умеренной громкости, интонационно выразительный. Темп речи немного ускорен. В беседу вступает охотно, на вопросы отвечает в плане заданного, развернуто. Жалуется на несколько сниженное настроение, быструю утомляемость, усталость, а также выпадение волос, по количеству сходное с тем, что было перед предыдущей госпитализацией. Говорит, что с трудом может сконцентрироваться за работой, но свои обязанности выполняет успешно, нареканий со стороны руководства не получала. Ночной сон достаточный (спит 8-9 часов), но по утрам не чувствует себя «полной энергии». Аппетит не нарушен. Суицидальные мысли и намерения отрицает.

Анализ случая:

Состояние определяется как терапевтическое улучшение после перенесенного аффективно-смешанного состояния депрессивного типа, которое характеризовалось наличием умеренно выраженной апатии, психогенной диффузной алопеции, конверсионными проявлениями на фоне идеомоторного ускорения, взбудораженности, повышенной раздражительности. Также имели место нарушение сна и аппетита. Длительность состояния составила около 1,5 месяцев, оно развилось на фоне психогенной провокации (семейный конфликт, смена места жительства и работы). В настоящее время фон настроения эутимический, обращают на себя внимание личностные особенности истеро-гипертимного круга, проявляющиеся в виде повышенной эмоциональности, жизнерадостности, поверхностности отношений с окружающими, активности, энергичности, непринужденности общения.

Больна с 2011 года. Заболевание манифестировало в 24 года с субдепрессивного состояния с преобладанием подавленности, апатии, нарушением сна и аппетита. Принимала ПФТ с эффектом. Состояние длилось около месяца. В дальнейшем неоднократно на фоне психогенной провокации имели место субдепрессивные проявления клишированной структуры с апатией, подавленностью, астеническими включениями. Также отмечались непродолжительные (до 2 недель) реактивные гипоманиакальные эпизоды, когда настроение было более приподнятым, чем обычно, ночной сон сокращался до 4-5 часов.

Преморбидно личность истеро-гипертимного круга, о чем свидетельствуют такие особенности, как общительность, жизнерадостность, активность, энергичность, самоуверенность, эмоциональность, демонстративность.

Таким образом, исходя из имеющихся анамнестических данных и состояния пациентки на момент катамнестического обследования, состояние можно квалифицировать как **Расстройство личности истерического круга, декомпенсация в виде депрессии со смешанными чертами по типу соматоформной декомпенсации. F60.4**

В целом, 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 имеются определенные трудности: склонность к затяжному или даже хроническому течению заболевания, что может быть связано с характерологическими особенностями и, зачастую, патологическим отрицанием болезни.

Также сохраняются классические для аффективных заболеваний и личностных расстройств закономерности развития состояний: так, аффективные фазы при эндогенных аффективных заболеваниях (БАР, циклотимия) в преобладающем большинстве случаев формировались аутохтонно, им была свойственна осеннее-зимняя сезонность. Декомпенсация личностных расстройств проявлялась реактивным развитием аффективно-смешанных фаз без выраженной сезонности, с формированием непродолжительных ремиссий.

Глава 5

Патопсихологические и нейроиммунологические характеристики гипертимных личностей с фазными аффективными состояниями

Одним из важных подходов к изучению психических заболеваний, в дополнение к клиническому методу исследования, являются параклинические методы обследования пациентов. Они позволяют сформулировать диагноз согласно биопсихосоциальному подходу к диагностике и дают возможность составить более полный профиль психопатологического состояния пациентов, а также проверить результаты клинического обследования.

5.1. Патопсихологические характеристики гипертимных личностей с фазными аффективными состояниями.

Для выявления аффективных, в т.ч. гипертимных признаков в структурах индивидуальности пациентов, были использованы следующие методики: личностный опросник Айзенка, 9-я шкала Стандартизированного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ), опросник личностных убеждений Бека, 16-факторный личностный опросник Кеттелла [39]. Психологическое обследование проводилось совместно с А.В. Устенко – студентом негосударственного образовательного частного учреждения высшего образования «Московский институт психоанализа».

Результаты патопсихологического исследования

В соответствии с целью исследования, на основе данных историй болезни и консультаций с лечащими врачами были сформированы две клинические группы: клиническая группа-1 (68 человек) – пациенты с биполярным аффективным расстройством, циклотимией и расстройствами личности; клиническая группа-2 (20 человек) – пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством, а также с манифестацией депрессивного эпизода.

В табл. 7 приведены *средние значения по шкалам методик*, использованных в клинико-психологическом исследовании.

Таблица 7. Средние значения шкал методик в клинических группах

№	Название шкалы	Клиническая группа-1	Клиническая группа-2
1	Шкала нейротизма	18,368	11,333
2	Шкала интроверсии-экстраверсии	11,789	12,444
3	Шкала гипомании	21,632	16,444
4	Избегающее расстройство	20,789	15,444
5	Зависимое расстройство	23,842	22,444
6	Пассивно-агрессивное расстройство	29,158	23,889
7	Обсессивно-компульсивное расстройство	28,526	29,333
8	Антисоциальное расстройство	14,947	16,889
9	Нарциссическое расстройство	14,053	11,556
10	Гистрионное расстройство	26,263	17,667
11	Шизоидное расстройство	24,895	25,000
12	Параноидное расстройство	17,737	17,889
13	Пограничное расстройство	24,684	15,222
14	Фактор А: замкнутость – общительность	10,158	6,667
15	Фактор В: низкий интеллект – высокий интеллект	6,737	6,667
16	Фактор С: эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность	5,053	7,667
17	Фактор Е: подчинённость – доминантность	6,474	5,000
18	Фактор F: сдержанность – экспрессивность	8,895	5,000
19	Фактор G: низкая нормативность поведения –	3,895	3,889

	высокая нормативность поведения		
20	Фактор Н: робость – смелость	6,158	6,333
21	Фактор I: жестокость – чувствительность	6,474	6,111
22	Фактор L: доверчивость – подозрительность	4,947	4,333
23	Фактор M: практичность – мечтательность	6,316	5,556
24	Фактор N: прямолинейность – дипломатичность	5,053	5,556
25	Фактор O: спокойствие – тревожность	3,579	5,889
26	Фактор Q1: консерватизм – радикализм	5,474	5,444
27	Фактор Q2: конформизм – нонконформизм	4,842	4,556
28	Фактор Q3: низкий самоконтроль – высокий самоконтроль	4,474	4,444
29	Фактор Q4: расслабленность – напряжённость	5,158	4,000

Результаты, полученные с помощью *личностного опросника Айзенка*, показали наличие всех четырёх типов темперамента в обследованной выборке (табл. 8). Аффективные темпераменты (сангвинический, холерический и меланхолический) занимают высокий удельный вес в обеих клинических группах – они обнаружены у 84% больных в клинической группе-1 и у 77% в клинической группе-2.

Таблица 8. Распределение типов темперамента в клинических группах

Тип темперамента	Клиническая группа-1	Клиническая группа-2	Всего
сангвинический	25	3	28
холерический	10	1	11

флегматический	5	12	17
меланхолический	28	4	32

Сравнение *средних значений уровня интроверсии-экстраверсии и уровня нейротизма* между клиническими группами представлено на рис. 2. Различия в среднем уровне интроверсии-экстраверсии между клиническими группами минимальны (11,7 балла в клинической группе-1 и 12,4 балла в клинической группе-2). Средний уровень нейротизма (эмоциональной нестабильности) в клинической группе 1 (18,3 балла) превышает средний уровень нейротизма в клинической группе 2 (11,3 балла).

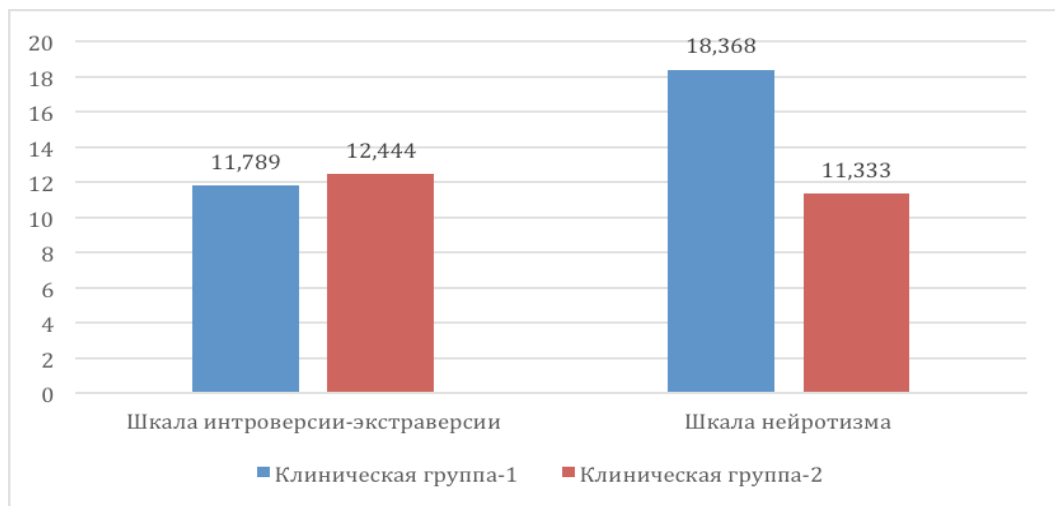


Рис. 2. Сравнение средних значений уровня интроверсии-экстраверсии и уровня нейротизма в клинической группе-1 и клинической группе-2

Результаты, полученные с помощью *Стандартизированного многофакторного метода исследования личности, 9-я шкала*, показали превышение средних значений уровня гипомании в клинической группе-1 (21,6 балла) над средними значениями уровня гипомании в клинической группе-2 (16,4 балла) (см. рис. 3).

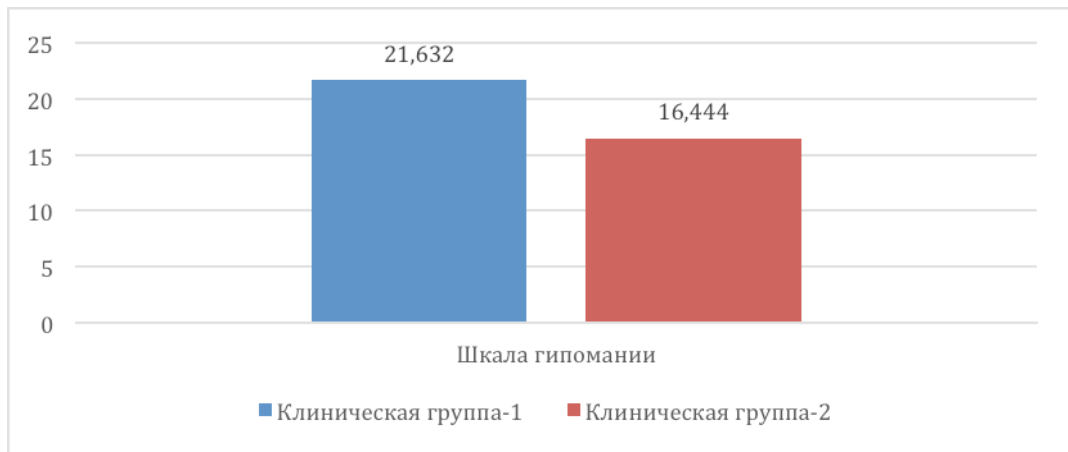


Рис. 3. Сравнение средних значений уровня гипомании в клинической группе-1 и клинической группе-2

Результаты, полученные с помощью *Опросника личностных убеждений Бека* показали, что средние значения уровня выраженности убеждений, характерных для соответствующих расстройств личности (рис. 4), в клинической группе-1 (КГ-1) превышают средние значения в клинической группе-2 (КГ-2) по следующим шкалам: избегающее расстройство (20,7 балла в КГ-1, 15,4 балла в КГ-2), зависимое расстройство (23,8 в КГ-1, 22,4 в КГ-2), пассивно-агрессивное расстройство (29,1 в КГ-1, 23,8 в КГ-2), нарциссическое расстройство (14,0 в КГ-1, 11,5 в КГ-2), гистрионное расстройство (26,2 в КГ-1, 17,6 в КГ-2), пограничное расстройство (24,6 в КГ-1, 15,2 в КГ-2). Средние значения в клинической группе-2 превысили средние значения в клинической группе-1 по шкале обсессивно-компульсивного расстройства (29,3 в КГ-2, 28,5 в КГ-1) и по шкале антисоциального расстройства (16,8 в КГ-2, 14,9 в КГ-1). Средние значения по шкале шизоидного расстройства и по шкале параноидного расстройства в обеих клинических группах приблизительно совпадают.

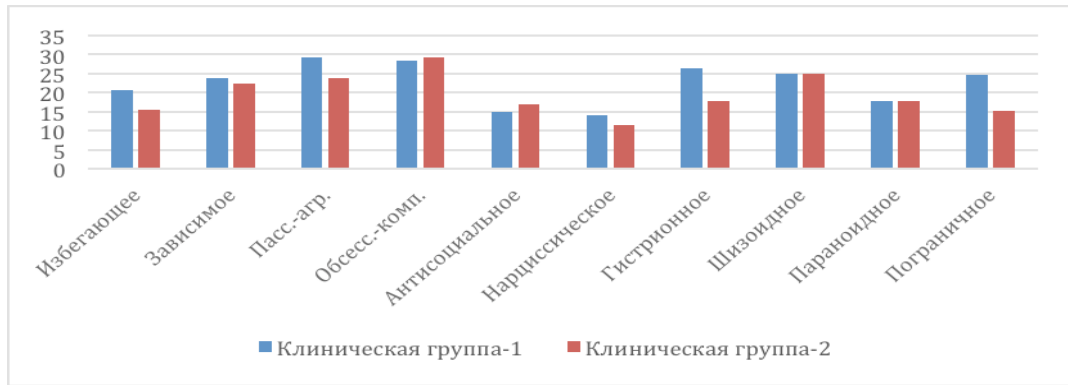


Рис. 4. Сравнение средних значений уровня выраженности убеждений, характерных для расстройств личности, в клинической группе-1 и в клинической группе-2

Результаты, полученные с помощью *16-факторного личностного опросника Кеттелла* (рис. 5) показали, что клиническая группа-1 превосходит клиническую группу-2 по средним значениям уровня выраженности следующих личностных факторов: А «замкнутость – общительность (шизотимия – аффектотимия)»; Е «подчинённость (конформность) – доминантность»; F «сдержанность – экспрессивность (десургенсия – сургенсия); I «жестокость – чувствительность (харрия – премсия)»; L «доверчивость – подозрительность (алаксия – протенсия)»; М «практичность – мечтательность (праксерния – аутия)»; Q1 «консерватизм – радикализм»; Q2 «конформизм – нонконформизм (социабельность – самодостаточность)»; Q4 «расслабленность – напряжённость (нефрустрированность – фрустрированность)».



Рис. 5. Сравнение средних значений уровня выраженности личностных факторов в клинической группе-1 и клинической группе-2

Клиническая группа-2 превосходит клиническую группу-1 по средним значениям уровня выраженности следующих личностных факторов: С «эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность (слабость Я – сила Я)»; N «прямолинейность – дипломатичность (безыскусственность – искусственность)»; O «спокойствие – тревожность (гипертимия – гипотимия)».

Выявлено приблизительное равенство средних значений уровня выраженности следующих личностных факторов: В «низкий интеллект – высокий интеллект»; G «низкая нормативность поведения – высокая нормативность поведения (слабость сверх-Я – сила сверх-Я)»; H «робость – смелость (тректя – пармия)»; Q3 «низкий самоконтроль – высокий самоконтроль (импульсивность – контроль желаний)».

Анализ результатов исследования

Для анализа взаимосвязей между шкалами использовался корреляционный анализ (по коэффициенту корреляции Спирмена). В клинической группе-1 он выявил следующие связи, характеризующие проявления аффекта.

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой гипомании и шкалой «антисоциальное расстройство» ($r=0,506$, $p<0,05$). С увеличением показателей по шкале гипомании увеличиваются показатели по шкале «антисоциальное расстройство» (рис. 6). Такие характеристики гипомании как приподнятое настроение, чрезмерная активность, энергичность, оптимизм, жизнелюбие, позитивная самооценка, преувеличение своих возможностей, поверхностные интересы, высокий уровень контактов положительно коррелируют с такими характеристиками антисоциального расстройства как пренебрежение социальными нормами, правилами и обязанностями, безответственность, эгоцентризм, импульсивность, постоянная раздражительность, равнодушие к чувствам других, неспособность к эмпатии и поддержанию устойчивых отношений,

отсутствие осознания своей вины, склонность к обвинению окружающих, низкая степень фрустрационной толерантности и низкий порог агрессивного поведения.

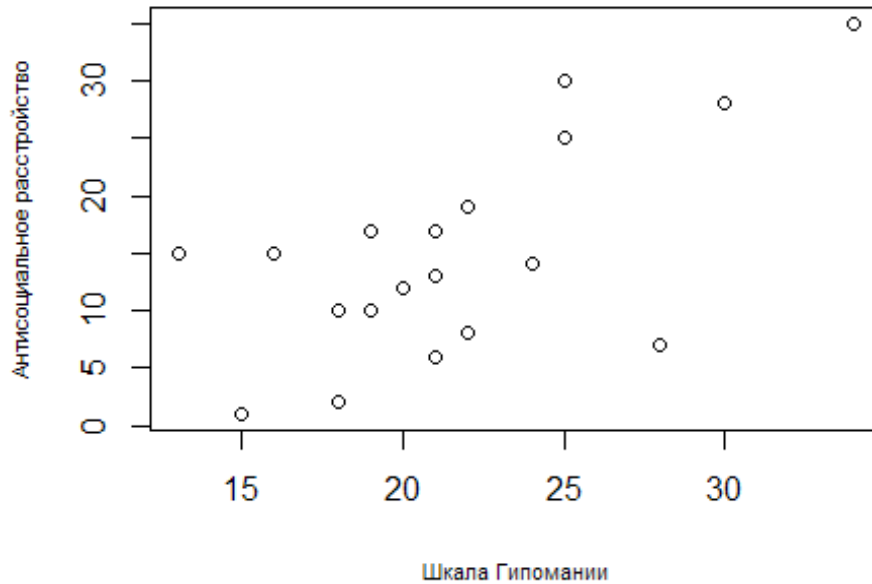


Рис. 6. Корреляционная связь между гипоманией и антисоциальным расстройством

Существуют значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой гипомании и шкалой «нарциссическое расстройство» ($r=0,553$, $p<0,05$). С увеличением показателей по шкале гипомании увеличиваются показатели по шкале «нарциссическое расстройство» (рис. 7). Характеристики гипомании положительно коррелируют с такими признаками нарциссического расстройства как преувеличенное чувство собственной значимости и достижений, заносчивое, высокомерное отношение, поведение и установки, ожидание признания своего превосходства над другими, убежденность в своей уникальности, повышенные притязания, непомерные желания, склонность к эксплуатации других для достижения собственных целей, низкий уровень эмпатии, пренебрежительное отношение к чувствам и нуждам окружающих, зависть к окружающим и убежденность в завистливом отношении с их стороны, отрицание любой критики в свой адрес.

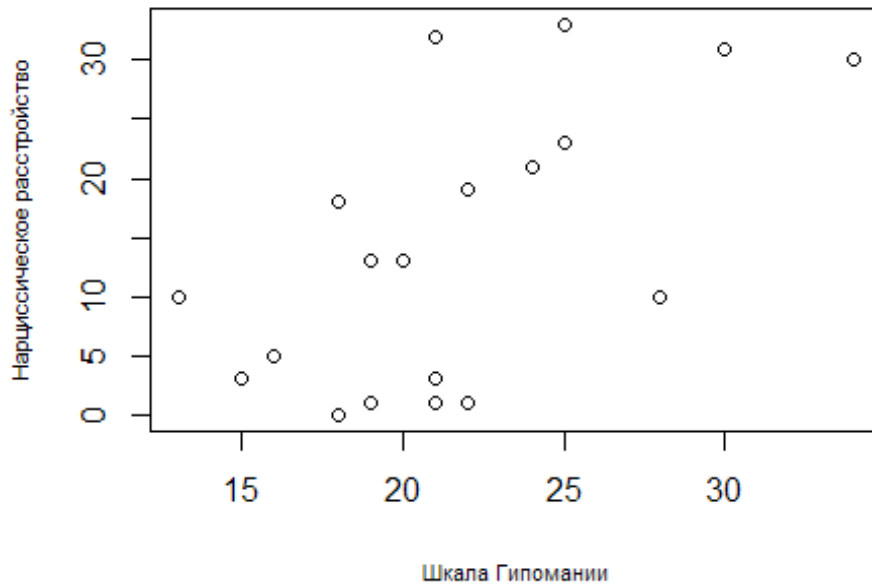


Рис. 7. Корреляционная связь между гипоманией и нарциссическим расстройством

Между шкалой гипомании и шкалой Н «робость – смелость» существуют значимые средние положительные взаимосвязи ($r=0,515^*$, $p<0,05$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале гипомании, тем больше выражены показатели по шкале Н в сторону таких характеристик как смелость, предприимчивость, активность, готовность к риску (рис. 8).

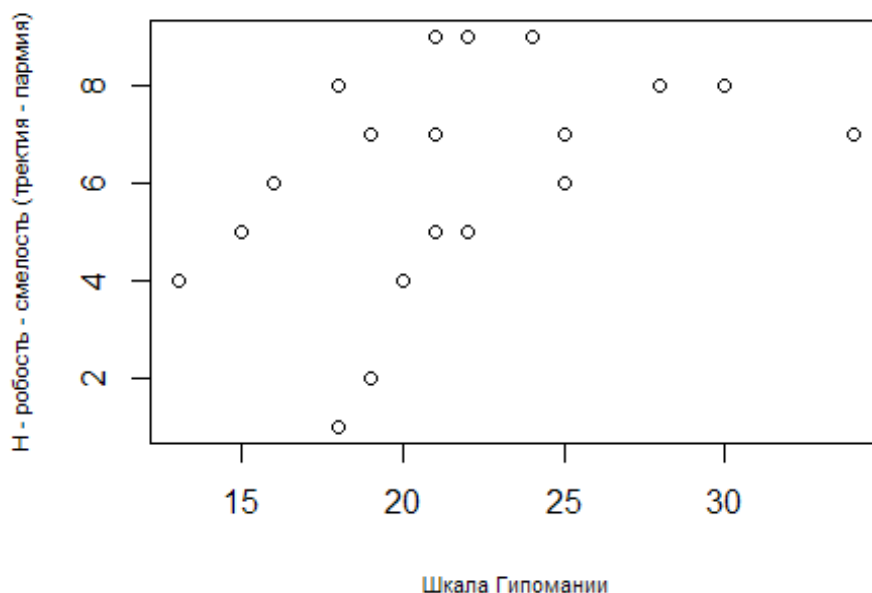


Рис. 8. Корреляционная связь между гипоманией и характеристиками шкалы Н

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой гипомании и шкалой Q1 «консерватизм – радикализм» ($r=0,664$, $p<0,01$). С увеличением показателей по шкале гипомании также увеличиваются показатели по шкале Q1 в сторону таких характеристик как свободомыслие, недоверие к авторитетам, скептицизм, экспериментаторство, наличие интеллектуальных интересов, восприимчивость к переменам (рис. 9).

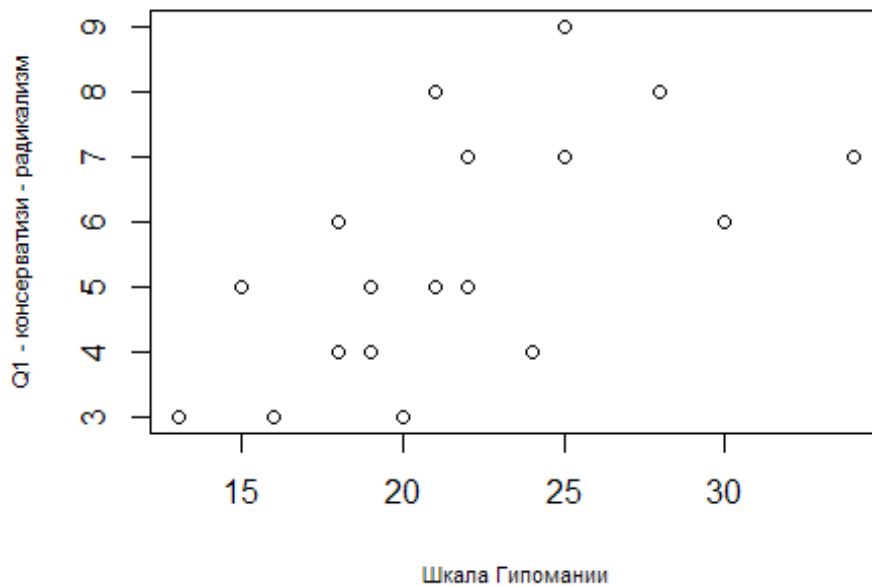


Рис. 9. Корреляционная связь между гипоманией и характеристиками шкалы Q1

Между шкалой гипомании и шкалой интроверсии – экстраверсии существуют значимые средние положительные взаимосвязи ($r=0,651$, $p<0,01$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале гипомании, тем больше выражены показатели по шкале интроверсии – экстраверсии в сторону таких характеристик как общительность, оптимистичность, самоуверенность, импульсивность поведения, инициативность (рис. 10).

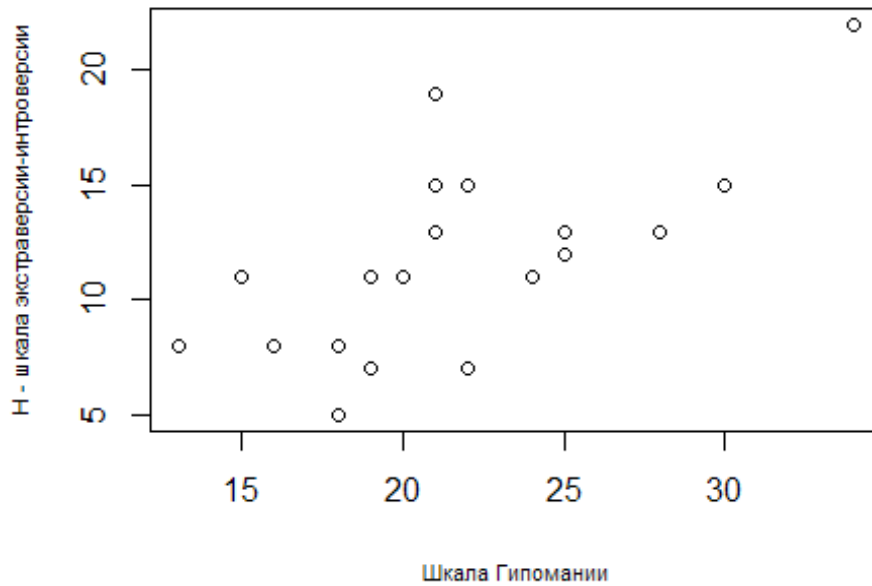


Рис. 10. Корреляционная связь между гипоманией и интроверсией – экстраверсией

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «избегающее расстройство» и шкалой О «спокойствие – тревожность» ($r=0,511$, $p<0,05$). С увеличением показателей по шкале «избегающее расстройство» также увеличиваются показатели по шкале О. Такие характеристики избегающего расстройства как убеждённость в своей социальной непривлекательности и малоценности по сравнению с другими, стойкое чувство напряжённости и озабоченности, уклонение от социальной активности, связанной с интенсивными межличностными контактами, а также из-за боязни критики в свой адрес, неодобрения или отвержения, нежелание устанавливать отношения без гарантии понравиться, положительно взаимосвязаны с такими гипотимными чертами, как пониженное настроение, беспокойство, недовольство собой, чувство вины, ипохондричность, склонность к депрессии.

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «избегающее расстройство» и шкалой нейротизма ($r=0,594$, $p<0,01$). С возрастанием показателей по шкале «избегающее расстройство» также

возрастают показатели по шкале нейротизма в сторону таких характеристик как эмоциональная неустойчивость, тревожность, напряжённость.

Между шкалой «зависимое расстройство» и шкалой нейротизма существуют значимые средние положительные взаимосвязи ($r=0,488$, $p<0,05$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале «зависимое расстройство», тем больше выражены показатели по шкале нейротизма. Такие характеристики зависимого расстройства как стремление занять подчинённые роли и выполнять вспомогательные функции при взаимодействии с окружающими, низкая самооценка, неуверенность в себе, избегание ответственности, страх выражения агрессивных и сексуальных побуждений, дискомфорт при пребывании в одиночестве из-за страха принимать самостоятельные решения, боязнь быть покинутым близкими людьми, ограниченная способность принимать повседневные решения без советов и одобрения окружающих, подчинение собственных потребностей нуждам других людей, пессимистическое видение действительности, положительно коррелируют с выраженностью нейротизма (эмоциональной нестабильности).

Между шкалой «антисоциальное расстройство» и шкалой *F* «сдержанность – экспрессивность» существуют значимые средние положительные взаимосвязи ($r=0,641$, $p<0,01$). С возрастанием показателей по шкале «антисоциальное расстройство» также возрастают показатели по шкале *F*. Такие характеристики антисоциального расстройства как пренебрежение социальными нормами, правилами и обязанностями, безответственность, эгоцентризм, импульсивность, постоянная раздражительность, равнодушие к чувствам других, неспособность к эмпатии и поддержанию устойчивых отношений, отсутствие осознания своей вины, склонность к обвинению окружающих, низкая степень фрустрационной толерантности и низкий порог агрессивного поведения, положительно коррелируют с такими характеристиками по шкале *F*, как экспансивность,

эмоциональная яркость, активность, разговорчивость, беспечность в выборе партнёров по общению.

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «гистрионное расстройство» и шкалой I «жестокость – чувствительность» ($r=0,589$, $p<0,01$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале «гистрионное расстройство», тем больше выражены показатели по шкале I. Такие характеристики гистрионного расстройства как стремление привлечь к себе всеобщее внимание и произвести впечатление на окружающих, яркая, бурная и театральная эмоциональность, эгоцентризм, себялюбие, поверхностность во всём, неспособность испытывать глубокую привязанность и любовь, отсутствие усидчивости и трудолюбия, склонность к легкомысленным, опрометчивым поступкам, положительно коррелируют с такими характеристиками по шкале I, как высокая эмоциональность, чувствительность, впечатлительность, капризность, требование внимания к себе.

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой «гистрионное расстройство» и шкалой нейротизма ($r=0,511$, $p<0,05$). С увеличением показателей по шкале «гистрионное расстройство» увеличиваются показатели по шкале нейротизма.

Между шкалой «пограничное расстройство личности» и шкалой нейротизма существуют значимые средние положительные взаимосвязи ($r=0,573$, $p<0,05$). С увеличением показателей по шкале «пограничное расстройство личности» также увеличиваются показатели по шкале нейротизма. Это говорит о наличии положительной взаимосвязи между такими характеристиками пограничного расстройства, как непостоянные и интенсивные межличностные отношения, импульсивность поведения, эмоциональная неустойчивость, неадекватный сильный гнев, постоянное нарушение идентичности, хроническое чувство пустоты или скуки, страх реального или предполагаемого отвержения, и выраженностью нейротизма (эмоциональной нестабильности).

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой *A* «замкнутость – общительность» и шкалой интроверсии – экстраверсии ($r=0,563$, $p<0,05$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале *A*, тем больше выражены показатели по шкале интроверсии – экстраверсии. Это показывает наличие положительной взаимосвязи между такими характеристиками шкалы *A*, как лёгкость в общении, эмоциональность, импульсивность, открытость, доверчивость, гибкость, и уровнем экстравертированности.

Существуют значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой *E* «подчинённость – доминантность» и шкалой интроверсии – экстраверсии ($r=0,524$, $p<0,05$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале *E*, тем больше выражены показатели по шкале интроверсии – экстраверсии. Это показывает наличие положительной взаимосвязи между такими характеристиками шкалы *E*, как самостоятельность, настойчивость, упрямство, своенравие, агрессивность, и уровнем экстравертированности.

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой *F* «сдержанность – экспрессивность» и шкалой *H* «робость – смелость» ($r=0,463$, $p<0,05$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале *F*, тем больше выражены показатели по шкале *H*.

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой *F* «сдержанность – экспрессивность» и шкалой интроверсии – экстраверсии ($r=0,524$, $p<0,05$). С увеличением показателей по шкале *F* также увеличиваются показатели по шкале интроверсии – экстраверсии.

Были выявлены значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой *O* «спокойствие – тревожность» и шкалой нейротизма ($r=0,496$, $p<0,05$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале *O*, тем больше выражены показатели по шкале нейротизма.

Существуют значимые средние положительные взаимосвязи между шкалой *Q4* «расслабленность – напряжённость» и шкалой

нейротизма ($r=0,624, p<0,001$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале Q4, тем больше выражены показатели по шкале нейротизма. Это говорит о наличии положительной взаимосвязи между такими характеристиками шкалы Q4, как склонность к напряжённости, возбудимости, раздражительности, беспокойству, и уровнем нейротизма (эмоциональной нестабильности).

В *клинической группе-2* корреляционный анализ выявил следующие связи, характеризующие проявления аффекта.

Между *шкалой «избегающее расстройство»* и *шкалой «обсессивно-компульсивное расстройство»* существуют значимые сильные положительные взаимосвязи ($r=0,788, p<0,05$). С возрастанием показателей по шкале «избегающее расстройство» также возрастают показатели по шкале «обсессивно-компульсивное расстройство», к характеристикам которого относятся перфекционизм, озабоченность деталями, правилами и порядком, трудности в принятии решений, излишняя скупулёзность, нерешительность, постоянные сомнения в правильности своих действий, частая перепроверка сделанного, исполнительность без инициативности, застенчивость, робость, впечатлительность и тревожность, негибкость в вопросах морали.

Между *шкалой «избегающее расстройство»* и *шкалой O «спокойствие – тревожность»* существуют значимые сильные положительные взаимосвязи ($r=0,812, p<0,01$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале «избегающее расстройство», тем больше выражены показатели по шкале O.

Были выявлены значимые сильные положительные взаимосвязи между *шкалой «параноидное расстройство»* и *шкалой O «спокойствие – тревожность»* ($r=0,76, p<0,05$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале «параноидное расстройство», тем больше выражены показатели по шкале O. Такие признаки параноидного расстройства, как постоянная подозрительность и недоверие к людям, повышенная самооценка собственной значимости, отсутствие душевной теплоты, неуживчивость,

неадекватное ситуациям отстаивание собственных прав, выдвижение собственных «сверхновых» идей, склонность перекладывать ответственность с себя на других, неоправданные подозрения в супружеской неверности, положительно взаимосвязаны с гипотимными признаками шкалы О.

Существуют значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой «пограничное расстройство личности» и шкалой О «спокойствие – тревожность» ($r=0,827$, $p<0,01$). С возрастанием показателей по шкале «пограничное расстройство личности» также возрастают показатели по шкале О.

Существуют значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой А «замкнутость – общительность» и шкалой F «сдержанность – экспрессивность» ($r=0,748$, $p<0,05$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале А, тем больше выражены показатели по шкале F.

Были выявлены значимые средние отрицательные взаимосвязи между шкалой С «эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность» и шкалой О «спокойствие – тревожность» ($r=-0,669$, $p<0,05$). С возрастанием показателей по шкале С снижаются показатели по шкале О.

Существуют значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой Е «подчинённость – доминантность» и шкалой нейротизма ($r=0,769$, $p<0,05$). С возрастанием показателей по шкале Е возрастают показатели по шкале нейротизма.

Были выявлены значимые средние отрицательные взаимосвязи между шкалой Н «робость – смелость» и шкалой О «спокойствие – тревожность» ($r=-0,697$, $p<0,05$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале Н, тем меньше выражены показатели по шкале О.

Между шкалой Н «робость – смелость» и шкалой интроверсии – экстраверсии существуют значимые сильные положительные взаимосвязи ($r=0,716$, $p<0,05$). С увеличением показателей по шкале Н увеличиваются показатели по шкале интроверсии – экстраверсии.

Были выявлены значимые сильные отрицательные взаимосвязи между шкалой *O* «спокойствие – тревожность» и шкалой *Q1* «консерватизм – радикализм» ($r=-0,856$, $p<0,01$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале *O*, тем меньше выражены показатели по шкале *Q1*.

Были выявлены значимые сильные положительные взаимосвязи между шкалой *O* «спокойствие – тревожность» и шкалой нейротизма ($r=0,767$, $p<0,05$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале *O*, тем больше выражены показатели по шкале нейротизма.

Были выявлены значимые средние отрицательные взаимосвязи между шкалой *Q4* «расслабленность – напряжённость» и шкалой интроверсии – экстраверсии ($r=-0,697$, $p<0,05$). Чем в большей степени выражены показатели по шкале *Q4*, тем меньше выражены показатели по шкале интроверсии – экстраверсии.

Для выявления различий по исследуемым признакам между клинической группой-1 с клинической группой-2 был использован критерий U Манна-Уитни. Результаты представлены в табл. 9.

Таблица 9. Эмпирические значения критерия U Манна-Уитни

Название шкалы	Среднее значение в клинической группе-1	Среднее значение в клинической группе-2	Эмпирическое значение критерия	Уровень значимости
Шкала нейротизма	18,368	11,333	139,0	0,008**
Шкала интроверсии – экстраверсии	11,789	12,444	79,0	0,748
Шкала гипомании	21,632	16,444	135,5	0,014*
Избегающее расстройство	20,789	15,444	114,5	0,153
Зависимое расстройство	23,842	22,444	95,0	0,64
Пассивно-агрессивно-расстройство	29,158	23,889	123,5	0,061
Обсессивно-компульсивно-расстройство	28,526	29,333	90,5	0,805
Антисоциальное	14,947	16,889	70,0	0,445

расстройство				
Нарциссическое расстройство	14,053	11,556	95,5	0,622
Гистрионное расстройство	26,263	17,667	128,5	0,034*
Шизоидное расстройство	24,895	25,000	81,5	0,844
Параноидное расстройство	17,737	17,889	88,5	0,882
Пограничное расстройство	24,684	15,222	127,0	0,041*
Фактор А: замкнутость – общительность	10,158	6,667	150,5	0,001***
Фактор В: низкий интеллект – высокий интеллект	6,737	6,667	93,0	0,709
Фактор С: эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность	5,053	7,667	29,0	0,005**
Фактор Е: подчинённость – доминантность	6,474	5,000	121,0	0,075
Фактор F: сдержанность – экспрессивность	8,895	5,000	165,0	0***
Фактор G: низкая нормативность поведения – высокая нормативность поведения	3,895	3,889	84,5	0,96
Фактор Н: робость – смелость	6,158	6,333	85,5	1
Фактор I: жестокость – чувствительность	6,474	6,111	94,5	0,653
Фактор L: доверчивость – подозрительность	4,947	4,333	100,0	0,471
Фактор М: практичность – мечтательность	6,316	5,556	107,0	0,279
Фактор N: прямолинейность – дипломатичность	5,053	5,556	68,5	0,392
Фактор O: спокойствие – тревожность	3,579	5,889	34,5	0,011*
Фактор Q1: консерватизм –	5,474	5,444	87,0	0,94

радикализм				
Фактор Q2: конформизм – нонконформизм	4,842	4,556	94,0	0,672
Фактор Q3: низкий самоконтроль – высокий самоконтроль	4,474	4,444	88,5	0,881
Фактор Q4: расслабленность – напряжённость	5,158	4,000	112,0	0,184

Примечание. Уровни значимости: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Между клинической группой-1 и клинической группой-2 существуют значимые различия по *шкале нейротизма* ($U=139$, $p < 0,01$). В клинической группе-1 среднее значение по шкале нейротизма равно 18,368, что больше среднего значения в клинической группе-2, составившего 11,333.

Между клинической группой-1 и клинической группой-2 существуют значимые различия по *шкале гипомании* ($U=135,5$, $p < 0,05$) (рис. 11). В клинической группе-1 среднее значение равно 21,632, что больше среднего значения в клинической группе-2, равного 16,444.

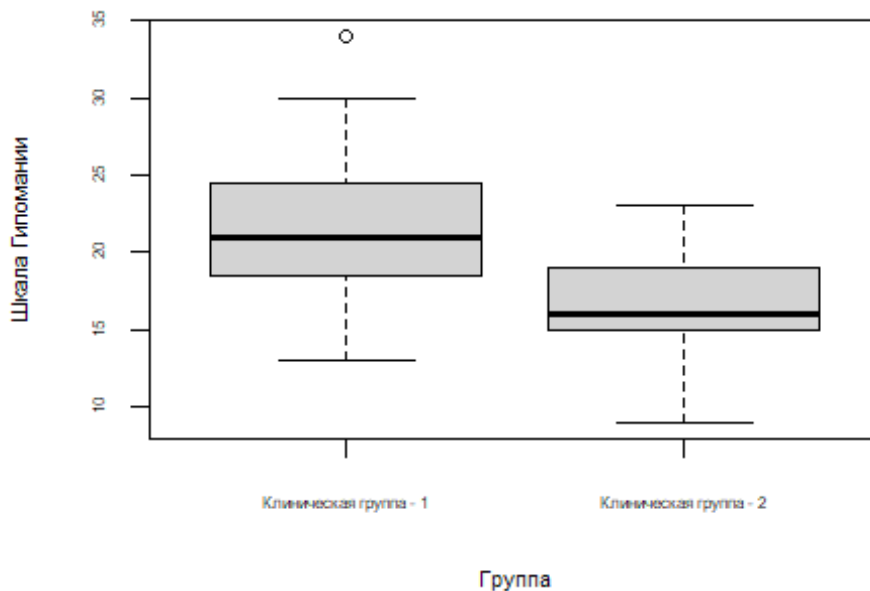


Рис. 11. Различия между клиническими группами по шкале гипомании

Выявлены значимые различия по *шкале «гистрионное расстройство»* между клинической группой-1 и клинической группой-2 ($U=128,5$, $p < 0,05$).

Средний показатель в клинической группе-1 (26,263) выше, чем в клинической группе-2 (17,667).

Выявлены значимые различия по шкале «пограничное расстройство» между клинической группой-1 и клинической группой-2 ($U=127$, $p<0,05$). В клинической группе-1 среднее значение равно 24,684, что больше среднего значения в клинической группе-2, равного 15,222.

Существуют значимые различия по шкале *A* «замкнутость – общительность» между клинической группой-1 и клинической группой-2 ($U=150,5$, $p<0,001$). Среднее значение в клинической группе-1 (10,158) больше среднего значения в клинической группе-2 (6,667).

Выявлены значимые различия по шкале *C* «эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность» между клинической группой-1 и клинической группой-2 ($U=29$, $p<0,01$). Среднее значение в клинической группе-1 (5,053) меньше среднего значения в клинической группе-2 (7,667).

Между клинической группой-1 и клинической группой-2 существуют значимые различия по шкале *F* «сдержанность – экспрессивность» ($U=165$, $p<0,001$). В клинической группе-1 среднее значение равно 8,895, что больше среднего значения в клинической группе-2, составившего 5,000.

Выявлены значимые различия по шкале *O* «спокойствие – тревожность» между клинической группой-1 и клинической группой-2 ($U=34,5$, $p<0,05$). Средний показатель в клинической группе-1 ниже, чем средний показатель в клинической группе-2 (соответственно 3,579 и 5,889).

Для выявления различий по исследуемым признакам между клинической группой-1 с клинической группой-2 также был использован критерий **T** Стьюдента для независимых выборок. Результаты представлены в табл. 10.

Таблица 10. Эмпирические значения критерия Т Стьюдента

Название шкалы	Среднее значение в клинической группе-1	Среднее значение в клинической группе-2	Эмпирическое значение критерия	Уровень значимости
Шкала нейротизма	18,368±5,649	11,333±6,021	2,945	0,01**
Шкала интроверсии–экстраверсии	11,789±4,276	12,444±3,812	-0,408	0,688
Шкала гипомании	21,632±5,198	16,444±3,941	2,924	0,008**
Избегающее расстройство	20,789±10,454	15,444±8,443	1,446	0,164
Зависимое расстройство	23,842±10,248	22,444±12,621	0,290	0,776
Пассивно-агрессивное расстройство	29,158±7,897	23,889±10,971	1,291	0,221
Обсессивно-компульсивное расстройство	28,526±11,839	29,333±10,524	-0,182	0,858
Антисоциальное расстройство	14,947±9,252	16,889±6,431	-0,644	0,527
Нарциссическое расстройство	14,053±11,693	11,556±7,764	0,670	0,51
Гистрионное расстройство	26,263±8,71	17,667±9,165	2,355	0,032*
Шизоидное расстройство	24,895±7,141	25±10,062	-0,028	0,978
Параноидное расстройство	17,737±8,85	17,889±12,414	-0,033	0,974
Пограничное расстройство	24,684±7,273	15,222±11,487	2,265	0,044*
Фактор А: замкнутость–общительность	10,158±1,642	6,667±2,291	4,100	0,001***
Фактор В: низкий интеллект – высокий интеллект	6,737±2,469	6,667±2,121	0,077	0,939
Фактор С: эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность	5,053±2,013	7,667±1,871	-3,369	0,004**
Фактор Е: подчинённость – доминантность	6,474±1,775	5±2,062	1,845	0,087
Фактор F: сдержанность–экспрессивность	8,895±1,197	5±2	5,402	0***
Фактор G: низкая нормативность поведения – высокая нормативность поведения	3,895±1,729	3,889±1,616	0,009	0,993
Фактор H: робость – смелость	6,158±2,292	6,333±1,936	-0,211	0,835
Фактор I: жестокость – чувствительность	6,474±2,195	6,111±1,537	0,505	0,619
Фактор L: доверчивость – подозрительность	4,947±2,505	4,333±2,739	0,569	0,578
Фактор M: практичность –	6,316±1,827	5,556±1,944	0,985	0,34

мечтательность				
Фактор N: прямолинейность – дипломатичность	5,053±2,172	5,556±1,424	-0,731	0,472
Фактор O: спокойствие – тревожность	3,579±1,835	5,889±2,088	-2,839	0,013*
Фактор Q1: консерватизм – радикализм	5,474±1,806	5,444±1,667	0,042	0,967
Фактор Q2: конформизм – нонконформизм	4,842±2,544	4,556±2,877	0,255	0,802
Фактор Q3: низкий самоконтроль – высокий самоконтроль	4,474±1,867	4,444±1,878	0,039	0,97
Фактор Q4: расслабленность – напряжённость	5,158±2,089	4±2	1,410	0,177

Примечание. Уровни значимости: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Были выявлены значимые различия между клинической группой-1 и клинической группой-2 по шкале *нейротизма* ($T=2,945$, $p < 0,01$) (рис. 44). Среднее значение по шкале *нейротизма* в клинической группе-1 больше среднего значения в клинической группе-2 (соответственно 18,368 и 11,333).

Были выявлены значимые различия между клинической группой-1 и клинической группой-2 по шкале *гипомании* ($T=2,924$, $p < 0,01$). В клинической группе-1 среднее значение равно 21,632, что больше среднего значения в клинической группе-2, равного 16,444.

Были выявлены значимые различия между клинической группой-1 и клинической группой-2 по шкале *«гистрионное расстройство»* ($T=2,355$, $p < 0,05$). В клинической группе-1 среднее значение равно 26,263, это больше среднего значения в клинической группе-2, составившего 17,667.

Были выявлены значимые различия между клинической группой-1 и клинической группой-2 по шкале *«пограничное расстройство»* ($T=2,265$, $p < 0,05$). Среднее значение в клинической группе-1 (24,684) больше среднего значения группы в клинической группе-2 (15,222).

Были выявлены значимые различия между клинической группой-1 и клинической группой-2 по шкале *A «замкнутость – общительность»* ($T=4,1$,

$p < 0,001$). В клинической группе-1 среднее значение равно 10,158, это больше среднего значения группы в клинической группе-2, равного 6,667.

Были выявлены значимые различия между клинической группой-1 и клинической группой-2 по шкале *C* «эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность» ($T = -3,369$, $p < 0,01$). Среднее значение в клинической группе-1 меньше среднего значения в клинической группе-2 (соответственно 5,053 и 7,667).

Были выявлены значимые различия между клинической группой-1 и клинической группой-2 по шкале *F* «сдержанность – экспрессивность» ($T = 5,402$, $p < 0,001$). В клинической группе-1 среднее значение равно 8,895, это больше среднего значения в клинической группе-2, равняющегося равному 5,000.

Были выявлены значимые различия между клинической группой-1 и клинической группой-2 по шкале *O* «спокойствие – тревожность» ($T = -2,839$, $p < 0,05$). В клинической группе-1 среднее значение равно 3,579, что меньше среднего значения в клинической группе-2, которое составило 5,889.

Высокий удельный вес аффективных темпераментов в обеих клинических группах позволяет рассматривать эти типы темперамента в качестве возможного психопатологического диатеза аффективной патологии.

Сравнение средних значений шкал показало заметное превышение значений в клинической группе-1 над значениями в клинической группе-2 в сторону полюса эмоциональной неустойчивости (шкала нейротизма) и гипомании (9-я шкала СМИЛ), а также в сторону импульсивности и усиления аффекта (по шкале гистрионного и пограничного расстройства).

Корреляционный анализ взаимосвязей между шкалами в клинической группе-1 выявил преобладание по частоте встречаемости в значимых связях аффективных шкал, отражающих гипертимный личностный склад, – шкалы гипомании, шкалы нейротизма и шкалы интроверсии – экстраверсии. В клинической группе-2 в значимых связях преобладает шкала *O* «спокойствие – тревожность», которая выражает склонность к депрессии.

Между клинической группой-1 и клинической группой-2 были выявлены значимые различия по шкале нейротизма, гипомании, гистрионного расстройства, пограничного расстройства, фактора А, фактора С, фактора F и фактора О. Как следует из описания этих шкал, все они отражают степень выраженности тех или иных гипертимных свойств, и значимые различия между двумя клиническими группами демонстрируют феноменологическую границу между гипертимным и гипотимным вариантами аффективных расстройств.

Таким образом, выявленные между двумя клиническими группами различия в средних значениях шкал, во взаимосвязях между шкалами (корреляционный анализ) и в уровне значимости исследуемых признаков свидетельствуют о разной патогенетической связи с гипертимностью, которая оказалась более выраженной в группе пациентов с диагностированными БАР, циклотимией и декомпенсацией РЛ.

5.2 Нейроиммунологические характеристики гипертимных личностей с фазными аффективными состояниями

Данная часть исследования, проведенная совместно с н.с. лаборатории нейроиммунологии Сармановой З.В., заключалась в изучении иммунологических особенностей гипертимов с аффективными фазами для определения закономерностей развития этих состояний и возможности использования полученных данных для мониторинга, прогноза течения заболевания и оптимизации терапии. С целью наглядного сравнения показателей была сформирована контрольная группа, состоящая из лиц без гипертимных черт, а также проявлений аффективных и других психических расстройств.

Результаты лабораторного исследования иммунологических показателей, определяемых в плазме крови пациентов, представлены в табл.11. Анализируя полученные данные в рамках медицинской технологии «Нейро-иммуно-тест», в зависимости от активации воспалительных и

аутоиммунных реакций выделяли следующие степени тяжести заболевания: - средняя степень тяжести – при увеличении значений активности лейкоцитарной эластазы выше значения 95-го перцентиля контрольной группы с выраженным компенсаторным (антипротеолитическим) потенциалом (повышением активности $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора выше значения 95-го перцентиля контрольной группы) или недостаточно выраженным (при значениях менее 95-го перцентиля контрольной группы); - выраженная степень тяжести – одномоментное определение повышенных значений (выше значений 95-го перцентиля контрольной группы) как медиаторов воспаления: активности ЛЭ и $\alpha 1$ -ПИ, так и уровня аутоантител к нейроантигенам S100 β и ОБМ (аутоиммунный компонент к белку S100 β или к ОБМ).

Таблица 11. Результаты исследования иммунологических показателей в плазме крови пациентов с различными типологическими вариантами фазных состояний

Иммунологические показатели	Аффективно-смешанные состояния						«Двойные» мании	Контрольная группа/ 95-й перцентиль
	Мании со смешанными чертами		Депрессии со смешанными чертами			Альтернирующий вариант		
	Астенические гипомании	Ипохондрические мании	Тревожно-ипохондрические депрессии	Полиморфные депрессии	Соматоформная декомпенсация			
ЛЭ (нмоль*мин/мл)	254,1 [219,8; 258,1]	255,2 [250,6;259,1]	233,3 [208,4;257,0]	220,4 [219,3; 248,8]	227,4 [218,0; 259,5]	306,7 [244,0; 308,3]	273,0 [251,9; 279,0]	209,8 [196,3;216,6]/ 219,0
$\alpha 1$ -ПИ (ИЕ/мл)	38,4 [36,9; 49,8]	36,1 [34,5;37,8]	44,8 [39,4; 53,6]	44,2 [43,6; 50,5]	33,6 [33,5; 42,3]	43,7 [43,4; 44,4]	45,9 [38,6; 53,4]	33,0 [30,8; 35,6] / 41,3
α АТ к S100 β (ед.опт.пл.)	0,74 [0,73; 0,75]	0,73 [0,71;0,75]	0,72 [0,62; 0,96]	0,92 [0,90; 1,02]	0,85 [0,74; 0,89]	0,70 [0,62; 0,80]	0,89 [0,73; 1,09]	0,70 [0,64; 0,79] / 0,86
α АТ к ОБМ (ед.опт.пл.)	0,72 [0,70; 0,83]	0,70 [0,66;0,74]	0,70 [0,61; 0,75]	0,85 [0,75; 0,85]	0,66 [0,63; 0,75]	0,71 [0,65; 0,82]	0,77 [0,76; 0,78]	0,74 [0,65; 0,80] / 0,90
«Нейро-иммуно-тест»	средняя степень тяжести с недостаточным выраженным компенсаторным потенциалом	средняя степень тяжести с недостаточным выраженным компенсаторным потенциалом	средняя степень тяжести с выраженным компенсаторным потенциалом	аутоиммунный компонент к белку S100 β , выраженная степень тяжести	средняя степень тяжести с недостаточным выраженным компенсаторным потенциалом	средняя степень тяжести с выраженным компенсаторным потенциалом	аутоиммунный компонент к белку S100 β , выраженная степень тяжести	норма

На первом этапе исследования все пациенты были обследованы в момент госпитализации в клинику ФГБНУ НЦПЗ или обращения на

консультаций в амбулаторный отдел в связи с наличием аффективной симптоматики сохраняющихся гипертимных черт. По результатам нейроиммунологического исследования (табл.3), группа больных характеризовалась статистически значимым повышением активности медиаторов воспаления (активность лейкоцитарной эластазы и α 1-протеиназного ингибитора, $p < 0,001$) и повышенным уровнем аутоантител к нейроантигену S100-B ($p = 0,028$) по сравнению с контролем.

Далее, в период формирования медикаментозного улучшения (ремиссии), пациенты были обследованы повторно. После проведенной терапии у пациентов активность ЛЭ и α 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).

Таблица 12. Значения иммунологических показателей в плазме крови пациентов с гипертимными чертами и аффективными фазами в сравнении с контрольной группой

Группы	Возраст, года	ЛЭ, нмоль/мл н \times мл	α 1-ПИ, ИЕ/мл	S100 β , ед.опт.пл.	ОБМ, ед.опт.пл.
(0) Контрольная группа n=20	20,7 \pm 1,4	181,4 [162,0;224,6]	34,7 [30,6;39,0]	0,64 [0,54;0,89]	0,70 [0,52;0,91]
пациенты (до лечения), n=68	29,3 \pm 2,7	245,2 [208,4;306,7]	43,1 [36,8;60,8]	0,75 [0,66;1,12]	0,71 [0,66;1,07]
пациенты (после лечения), n=68	29,3 \pm 2,7	244,6* [200,3;263,5]	46,1* [41,5;52,6]	0,79* [0,70;0,89]	0,71 [0,67;0,86]
U-критерий Манна-Уитни	после лечения/ контр.	U_2 $o=35,5p < 0,001$	U_2 $o=37,0p < 0,001$	U_2 $o=89,0p = 0,033$	$U_{2-0}=125,5$ $p = 0,33$
T-критерий Wilcoxon	до/после лечения	$T_{1-2}=128,0$ $p = 0,53$	$T_{1-2}=146,0$ $p = 0,91$	$T_{1-2}=105,5$ $p = 0,49$	$T_{1-2}=105,5$ $p = 0,32$

Проведенное сравнение иммунологических показателей между подгруппами пациентов (категории по шкале маний Янга) в сравнении с контрольной группой с помощью H-критерия Краскела-Уоллиса выявило статистически значимые различия по активности лейкоцитарной эластазы ($H=20,78$; $p < 0,001$), α 1-протеиназного ингибитора ($H=15,55$; $p = 0,0014$) и по уровню

аутоантител к S100 β ($H=9,62$; $p=0,022$). Межгрупповое сравнение с использованием U-критерия Манна-Уитни показало статистически значимое повышение медианных значений активности ЛЭ во всех трех подгруппах пациентов ($p<0,001$, $p=0,00024$, $p=0,0017$), относительно результатов в контрольной группе. Повышение медианных значений активности $\alpha 1$ -ПИ отмечалась у пациентов 1 и 2 подгрупп ($p=0,005$ и $p<0,001$), а повышение уровня аутоантител к S100 β было выявлено только у пациентов из 2 подгруппы ($p=0,006$), также при сравнении с результатами в контрольной группе. Приведённые в таблице результаты свидетельствуют, что увеличение уровня ААТ к нейроантигенам (преимущественно к ОБМ) коррелирует с выраженностью маниакальных симптомов.

Таблица 13. Корреляция нейроиммунологических показателей с выраженностью маниакальных проявлений

Категории по шкале Янг	Возраст, года, группы	ЛЭ, нмоль/мин \times мл	$\alpha 1$ -ПИ, ИЕ/мл	S100 β , ед.опт.пл.	ОБМ, ед.опт.пл.
(0) Контрольная группа n=20	20,7 \pm 1,4	181,4 [162,0;224,6]	34,7 [30,6;39,0]	0,64 [0,54;0,89]	0,70 [0,52;0,91]
(1) норма, n=8	30,7 \pm 1,4	255,9* [216,0;287,3]	42,3* [33,6;48,9]	0,67 [0,60;0,85]	0,67 [0,62;0,75]
(2) гипоманиакальное состояние, n=39	29,3 \pm 2,7	228,7* [207,4;259,2]	43,8* [38,2;51,1]	0,86* [0,72;0,97]	0,71 [0,69;0,93]
(3) маниакальное состояние, n=21	29,3 \pm 2,7	253,4* [208,4;273,8]	39,6 [34,5;48,2]	0,75 [0,72;1,12]	0,76 [0,72;0,78]
H - критерий Краскела- Уоллиса	группы 1/2/3/контр	H=20,78 p<0,001	H=15,55 p=0,0014	H=9,62 p=0,022	H=5,18 p=0,15
U-критерий Манна-Уитни	1/конт	U ₁₋₀ =19,0 p<0,001	U ₁₋₀ =48,0p=0,005	U ₁₋₂ =97,0p=0,4	U ₁₋₀ =103,0 p=0,57
U-критерий Манна-Уитни	2/конт	U ₂₋₀ =33,0 p=0,00024	U ₂₋₀ =26,0p<0,001	U ₂₋₀ =59,0p=0,006	U ₂₋₀ =103,0 p=0,23
U-критерий Манна-Уитни	3/конт	U ₃₋₀ =6,0* p=0,0017	U ₃₋₀ =21,5p=0,057	U ₃₋₀ =23,0p=0,074	U ₃₋₀ =36,0 p=0,45

Таким образом, выявленные особенности спектра иммунных маркеров у пациентов с гипертимными чертами и фазными аффективными состояниями отражают наличие воспалительного процесса, связанного с воспалительными

реакциями, как в период наличия аффективных симптомов, так и в процессе формирования ремиссии, что может свидетельствовать о патогенетическом родстве гипертимии и аффективной патологии.

Глава 6

Основные подходы к терапии аффективных фазных состояний у гипертимных личностей

Пациенты, участвовавшие в данном исследовании, получали широкий спектр лечебной помощи. К лекарственной терапии относилось применение антипсихотиков, антидепрессантов, нормотимиков. В качестве нелекарственных методов лечения использовалась процедуратранскраниальной магнитной стимуляции. Также больным оказывалась психотерапевтическая поддержка в рамках как групповых, так и индивидуальных занятий. Психотерапия на разных этапах становления ремиссии основывалась на интегративном (мультимодальном) подходе, включающем в себя применение поддерживающих и интервенционных методов, разработанных и апробированных в рамках экзистенциально-гуманистической, когнитивно-поведенческой, психодинамической традиций. В используемом психотерапевтическом подходе этапность психотерапевтической помощи и выделяемые мишени психокоррекционной работы выделялись на основе клинической динамики состояния пациентов.

Большинство обследованных проходило стационарное лечение (57 человек), амбулаторно ПФТ была назначена 11 пациентам. Все пациенты, поступавшие в стационар, проходили соматическое обследование, включавшее клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, ЭКГ, осмотр терапевтом, неврологом, офтальмологом, психологом. Больные, начинавшие лечение в амбулаторных условиях, в обязательном порядке сдавали клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи. В последующем проводился регулярный динамический мониторинг клинических и биохимических показателей крови, соматоневрологического состояния пациентов для минимизации возможных побочных эффектов терапии. В случае назначения карбоната лития проводился регулярный мониторинг уровня лития в крови.

Назначение ПФТ проводилось в зависимости от аффективной фазы, выявленной у гипертима, и нозологической принадлежности. Помимо этого, выбор тактики лечения определялся выраженностью симптоматики, длительностью течения фазы, высказываемыми жалобами на момент обследования.

Средняя продолжительной госпитализации для пациентов клинической группы составляла 35,2 дней, а частота существенных смен терапии – 2,5 за период лечения.

Одной из основных проблем, связанных с лечением аффективных расстройств у гипертимных личностей, являлась проблема приверженности больных приёму лекарственной терапии и поиск минимально эффективных дозировок препаратов. Согласно оценке комплаентности по шкале Мориски-Грин, чем меньше депрессивных проявлений наблюдалось у обследованных, тем ниже был уровень комплаентности.

Таблица 14. Оценка комплаентности по шкале Мориски-Грин

	Аффективно-смешанные состояния						«Двойные» мании
	<i>Мании со смешанными чертами</i>		<i>Депрессии со смешанными</i>			<i>Альтернирующий вариант</i>	
	Астенические гипомании	Ипохондрические мании	Тревожно-ипохондрические депрессии	Полиморфные депрессии	Соматоформная декомпенсация		
Кол-во баллов	2,6	1,8	3,4	2,9	3,0	3,5	1,1
Интерпретация	Недостаточная приверженность	Неприверженность	Высокая приверженность	Недостаточная приверженность	Недостаточная приверженность	Высокая приверженность	Неприверженность

6.1. Терапия смешанных состояний

Медикаментозная тактика при наличии у пациента признаков смешанности практически всегда была стандартной – первой линией терапии выбирался антипсихотик второго поколения, практически сразу или в течение первой недели лечения добавлялся стабилизатор настроения. Назначение антидепрессанта зависело от преобладания в состоянии конкретной симптоматики – подавленности, безынициативности, вялости, сонливости, немотивированного беспокойства.

6.1.1. Терапия смешанных маний

Астенические гипомании

Представители этого типа внешне проявляли себя общительными, активными, деятельными, однако высказывали жалобы на повышенную утомляемость, отсутствие сил, энергии, снижение интересов к прежним увлечениям. Для терапии пациентов этой группы эмпирическим путем было выбрано назначение антипсихотика второго поколения (АВП) с преимущественно стимулирующим действием арипипразола в дозе до 15 мг/сут. и окскарбазепина до 1200 мг/сут. Примерно в половине случаев комбинация этих препаратов не позволяла достичь медикаментозной ремиссии: несмотря на положительную динамику в виде возвращения привычной активности, пациенты продолжали говорить о наличии апатии, неуверенности в своих силах. В таких случаях улучшения удавалось достичь присоединением к назначенной схеме антидепрессанта из группы СИОЗС/дулоксетина в дозе до 60 мг/сут. При сохраняющихся более 3-х недель астено-апатических жалобах целесообразным был переход на более стимулирующую схему (эффективность показали милнаципран в дозе 100 мг/сут. и луразидон в дозе 20-40 мг/сут.), а также применение нелекарственного метода – высокочастотной ТМС. Для коррекции укороченного сна был эффективен кветиапин до 200 мг/сут. (монотерапия или комбинация с арипипразолом).

Ипохондрические мании

Данные состояния проявлялись преимущественно симптомами мании – отмечались повышенная активность, признаки идеаторной ускоренности, объективно приподнятый аффективный фон, а также диффузными ипохондрическими образованиями, что проявлялось, прежде всего, повышенным беспокойством за свое здоровье. Лечение соответствовало схеме терапии маниакального состояния – назначался АВП (кветиапин до 400 мг/сут., в том числе пролонгированные формы, оланзапин до 20 мг/сут., арипипразол до 30 мг/сут.) и стабилизатор настроения (соли лития до 900 мг/сут., вальпроевая кислота до 600 мг/сут.). Эффект от назначенного лечения был заметен в течение первой недели – фон настроения становился более ровным, появлялась критика, переживания за свое физическое и психическое неблагополучие несколько смягчались. Зачастую в состоянии имели место тревога, нарушение сна и аппетита, что удавалось скорректировать лишь назначением седативного антидепрессанта коротким курсом (миртазапин до 30 мг/сут., тразадон до 150 мг/сут.). Лучшего результата удавалось достичь присоединением психотерапии на начальных этапах становления ремиссии.

6.1.2. Терапия смешанных депрессий

Тревожно-ипохондрические депрессии

Несмотря на превалирование у представителей этого типа депрессивной симптоматики, также имели место черты смешанности в виде умеренного идеомоторного ускорения. Основные жалобы пациентов сводились к наличию выраженной тревоги. Такое состояние требовало назначения преимущественно седативных АВП (кветиапин до 200 мг/сут, оланзапин до 10 мг/сут) и седативных антидепрессантов (миртазапин до 45 мг/сут, СИОЗС флувоксамин до 150 мг/сут). При наличии апатии в утренние часы назначались стимулирующие дозы АВП арипипразола до 7,5 мг/сут или луразидона 20-40 мг/сут. Назначение антидепрессантов с выраженным

активирующим действием с целью купирования апатии, таких как венлафаксин, милнаципран, а также седативных и сбалансированных ТЦА (амитриптилин, кломипрамин) усиливало тревогу, укорачивало сон или создавало субъективное ощущение душевного дискомфорта/нездоровья.

Необходимость в назначении стабилизаторов настроения пациентам с тревожно-ипохондрическими депрессиями также была несомненной, в связи с риском смены фазы и формирования гипомании/мании, индуцированной антидепрессантами.

Полиморфные депрессии

Депрессивные проявления у пациентов этой группы субъективно расценивались наиболее тяжело и требовали как можно более быстрого послабления симптоматики. В связи с этим, несмотря на риск инверсии фазы, коротким курсом назначался ТЦА амитриптилин, предпочтительно внутривенно-капельно до 100 мг/сут. с дальнейшим переходом на терапию СИОЗС (флувоксамин, пароксетин) или СИОЗСН (дулоксетин). В сочетании с антидепрессантами применялись комбинация арипипразола до 10 мг/сут и оланзапина до 10 мг/сут., а также нормотимики – ламотриджин до 200 мг/сут или окскарбазепин до 1200 мг/сут.

Соматоформная декомпенсация

Аффективная симптоматика у пациентов с данным вариантом смешанных депрессий была невыражена, Терапия данных состояний в большинстве случаев не требовала назначения антидепрессантов, положительный результат наблюдался при сочетании АВП арипипразола до 10 мг/сут. и/или кветиапина до 100 мг/сут., а также нормотимика ламотриджина до 200 мг/сут.

6.1.3. Терапия альтернирующих состояний

Данный вариант аффективных состояний был наиболее сложным в подборе подходящих препаратов, что было связано, прежде всего, с разнообразием и нестабильностью симптомов. Терапия включала назначение

антипсихотиков первого поколения (АПП) с инцизивным действием, таких как трифлуоперазин до 15 мг/сут или зуклопентиксол до 15 мг/сут в сочетании с кветиапином до 200 мг/сут, и стабилизаторов настроения – солей вальпроевой кислоты до 1500 мг/сут или солей лития до 1500 мг/сут. Антидепрессант вводился в схему лечения со 2-3 дня, применялись СИОЗС флувоксамин до 200 мг/сут., циталопрам до 30 мг/сут. или СИОЗСН дулоксетин до 120 мг/сут. Назначение стимулирующих антидепрессантов было неоправданным из-за риска самоповреждений, хотя зачастую в состоянии имели место проявления апатии, снижение концентрации внимания, коррекция которых проводилась уже на этапе ремиссии.

6.2. Терапия «двойных» маний

Лица с ярко-выраженными маниакальными проявлениями были меньше остальных настроены на госпитализацию и прием терапии, субъективно в большинстве случаев расценивая самочувствие как «стабильное». Длительные уговоры, настойчивость близких, как правило, вынуждали их обратиться за помощью и госпитализироваться. Для лечения пациентов этой группы применялись АПП бутирофенон до 15 мг/сут. в т.ч. перорально, или АВП оланзапин до 20 мг/сут с солями вальпроевой кислоты до 1500 мг/сут или карбонатом лития до 1800 мг сут.

При неэффективности терапии назначался зуклопентиксола ацетата до 150 мг через день в течение трех дней в/м, в дальнейшем переход на зуклопентиксол до 20 мг/сут или зуклопентиксол-депо до 400 мг/сут в/м 1 раз в 2 недели, а также комбинация нормотимических препаратов (соли лития с окскарбазепином). Стоит отметить, что пациенты этой группы стремились как можно раньше прервать прием терапии, тяготясь некоторым снижением активности и продуктивности, что, однако, никак не проявлялось внешне.

Таблица 15. ПФТ гипертимных личностей с фазными аффективными состояниями

Аффективно-смешанные состояния						«Двойные» мании
Мании с чертами смешанности		Депрессии с чертами смешанности			Альтернирующий вариант	
Астенические гипомании	Ипохондрические мании	Тревожно-ипохондрические депрессии	Полиморфные депрессии	Соматоформная декомпенсация		
Нейролептики						
Арипипразол (до 15 мг/сут.) Луразидон (до 40 мг/сут.) Кветиапин (до 200 мг/сут.)	Арипипразол (до 30 мг/сут.) Кветиапин (до 400 мг/сут.) Оланзапин (до 20 мг/сут.)	Кветиапин (до 200 мг/сут.) Оланзапин (до 10 мг/сут.)	Арипипразол (до 10 мг/сут.) Оланзапин (до 10 мг/сут.)	Кветиапин (до 100 мг/сут.)	Трифлуоперазин (до 15 мг/сут.) Зуклопентиксол (до 15 мг/сут.) Кветиапин (до 200 мг/сут.)	Бутирофенон (до 15 мг/сут.) Оланзапин (до 20 мг/сут.) Зуклопентиксол (до 30 мг/сут.)/ зуклопентиксола ацетат до 150 мг/сут ч/з день, зуклопентиксол-депо до 400 мг/сут. 1 раз в 14 дней
Стабилизаторы настроения						
Оскарбазепин (до 1200 мг/сут.)	Соли лития (до 900 мг/сут.) Вальпроевая кислота (до 600 мг/сут.)	Оскарбазепин (до 750 мг/сут.)	Ламотриджин (до 200 мг/сут.) Оскарбазепин (до 1200 мг/сут.)	Ламотриджин (до 200 мг/сут.)	Вальпроевая кислота (до 1500 мг/сут.) Соли лития (до 1500 мг/сут.) Карбамазепин (до 600 мг/сут.)	Соли лития (до 1800 мг/сут.) Вальпроевая кислота (до 1500 мг/сут.) Оскарбазепин (до 1200 мг/сут.)
Антидепрессанты						
Дулоксетин (до 60 мг/сут.) Милнаципран (до 100 мг/сут.)	Миртазапин (до 30 мг/сут.) Тразадон (до 150 мг/сут.)	Миртазапин (до 45 мг/сут.) Флувоксамин (до 150 мг/сут.)	Амитриптилин (до 100 мг/сут.) Флувоксамин (до 150 мг/сут.) Пароксетин (до 40 мг/сут.) Дулоксетин (до 90 мг/сут.)	Сертралин (до 100 мг/сут.) Венлафаксин (до 150 мг/сут.)	Флувоксамин (до 200 мг/сут.) Циталопрам (до 30 мг/сут.) Дулоксетин (до 120 мг/сут.)	-

Таким образом, для терапии личностей гипертимного круга с целью купирования аффективных проявлений эмпирически была установлена необходимость наличия в схеме нормотимических препаратов или их комбинации. Отдавалась предпочтение 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

Вопросы диагностики и квалификации аффективных фазных состояний у личностей гипертимного круга сохраняют актуальность по настоящее время. Несмотря на длительную (с середины XIX века) историю изучения гипертимных личностей, исследование формирующихся у них аффективных расстройств относятся лишь к 80-90 годам XX столетия, однако психопатологической структуре фаз достаточного внимания не уделялось. В связи с этим, описание психопатологической структуры аффективных фаз у преморбидно гипертимовостается актуальной задачей на сегодняшний день.

Целью настоящего исследования являлось установление клинко-психопатологических, патопсихологических и нейробиологических особенностей фазных аффективных состояний у лиц с чертами из круга гипертимных в преморбиде.

Согласно заявленной цели была изучена выборка, сформированная из пациентов от 18 до 55 лет, с преморбидными гипертимными чертами и признаками аффективной фазности. В ходе исследования аффективная симптоматика была подтверждена психометрической оценкой. В исследование не включались пациенты с органическими психическими расстройствами, психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ, умственной отсталостью, а также с сопутствующей актуальной соматической или неврологической патологией, затрудняющей исследование.

В настоящем исследовании гипертимия рассматривалась как личностный признак, в динамике трансформирующийся в аффективное заболевание (или декомпенсацию расстройства личности в виде определенной аффективной фазы). В исследование были включены 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 за период с октября 2019 по сентябрь 2022 гг. в связи с наличием аффективного расстройства или личностной

патологии. Минимальная длительность заболевания среди исследуемых составляла 2,5 месяца (манифестное состояние), максимальная – 35 лет. Была выявлена прямая зависимость между длительностью заболевания и возрастом пациентов.

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.

Основным методом исследования, который позволял определить принадлежность пациентов к кругу гипертимных и психопатологическую структуру их аффективных фаз, был клинико-психопатологический. Помимо этого, использовались такие методы, как феноменологический, клинико-катамнестический, нейробиологический, патопсихологический, психометрический, статистический. Все пациенты прошли детальное соматоневрологическое обследование, которое включало осмотр терапевта, невролога, а также проведение стандартных диагностических процедур – лабораторный, электрокардиографический и электроэнцефалографический методы. При необходимости к работе привлекались консультанты-интернисты (эндокринологи, гинекологи, офтальмологи, стоматологи) и проводились дополнительные диагностические методики.

Для оценки собственнотимического компонента использовались психометрические методы: шкала мании Янга (Young Mania Rating Scale), шкала Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton Rating Scale for Depression).

Ранее проблема характеристики аффективно-смешанных состояний неоднократно затрагивалась многими учеными. Так, в 1989 году на базе ФГБНУ НЦПЗ была разработана подробная классификация, включающая типичные и атипичные смешанные состояния. Среди типичных выделялись заторможенная мания, ассоциативно-замедленная мания, гиперреактивная депрессия, ассоциативно-ускоренная депрессия. Атипичные

смешанные состояния подразделялись на дисфориоподобную, ипохондрическую и астеническую манию (Сосюкало О.О., 1988) [61]. Описание «двойных» маний (как аутохтонный подъем настроения при наличии хронической гипертимии) встречается в работах академика А.Б. Смулевича [47,56]. Однако подробной характеристики и классификации аффективных фазных состояний непосредственно у гипертимных личностей ранее разработано не было.

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: мании со смешанными чертами, депрессии со смешанными чертами, альтернирующий тип. 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.

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 были свойственны наличие признаков моторной и идеаторной активации, несколько приподнятым фоном настроения, благодушием, поверхностностью суждений и оценок в сочетании с тревогой, которая проявлялась чрезмерным вниманием 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%). 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 истеро-гипертимном 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.

Терапия личностей гипертимного круга подразумевала необходимость наличия в схеме нормотимических препаратов или их комбинации. При назначении антидепрессантов отдавалась предпочтение сбалансированным и седативным препаратам из группы СИОЗС, СИОЗСН, миртазапина, узкий спектр использования ТЦА. Имело место сочетание седативных и стимулирующих атипичных антипсихотиков второго и третьего поколений, их комбинация или последовательная смена.

Несмотря на то, что гипертимные личностные черты были рассмотрены нами как предиктор формирования аффективно-смешанных или маниакальных фазных состояний, прогноз можно обозначить благоприятным – практически все обследуемые после перенесенного состояния вернулись к учебе или работе без понижения в должности, а зачастую, наоборот, продолжая активный подъем по карьерной лестнице. Однако стоит отметить, что трое обследуемых из-за тенденции к континуальному течению обратились в ПНД по месту жительства с целью оформления третьей группы инвалидности.

Таким образом, результатами клинико-психопатологического исследования фазных аффективных состояний у гипертимных личностей, являются выявленные различия как в психопатологических проявлениях,

степени выраженности, так и в динамике течения и возможных исходах. Эти различия позволили сформировать типологическую модель, имеющую диагностическое и прогностическое значение, а также определить взаимосвязь между фазными аффективными состояниями у гипертимов и заболеваниями, в рамках которых возможно их формирование, что может иметь существенное значение для определения мишеней коррекционной терапии.

Выводы

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:

2.1. 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, α 1-ПИ, АТ к НА S100-B и ОБМ) у изученных пациентов. Повышение активности медиаторов воспаления (активность лейкоцитарной эластазы и α 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. Психотерапевтическая терапия фазных аффективных состояний у личностей гипертимного круга включала нормотимические препараты (или их комбинации), сбалансированные и седативные антидепрессанты из группы СИОЗС, СИОЗСН, миртазапина, сочетание седативных и стимулирующих атипичных антипсихотиков второго и третьего поколений, их комбинация или последовательная смена. При альтернирующих состояниях имела место необходимость назначения антипсихотика первого поколения.

Практические рекомендации

1. При нозологической оценке аффективных состояний у гипертимови определении прогноза следует опираться на данные об особенностях их развития, типологической разновидности, а также клинико-динамических особенностях эндогенных заболеванийи 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.
5. Методологические принципы, на базе которых построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-практических разработок в данной области.

Список сокращений и условных обозначений

DSM-IV – Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV

HDRS – Hamilton depression rating scale

S100b – астроцитарный белок

YMRS – Young mania rating scale

α 1-ПИ – α 1-протеиназный ингибитор

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспартатаминотрансфераза

БАР – биполярное аффективное расстройство

ЛЭ – лейкоцитарная эластаза

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МКБ-11 – Международная классификация болезней 11-го пересмотра

ОБМ – общий белок миелина

ПАВ – психоактивные вещества

ПНД – психоневрологический диспансер

ПФТ – психофармакотерапия

РЛ – расстройство личности

СМИЛ – Стандартизированный многофакторный метод исследования личности

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

ЧДД – частота дыхательных движений

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиография

ЭЭГ – электроэнцефалография

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аведисова, А.С. Атипичная депрессия как модель для изучения ритмологических процессов / А.С. Аведисова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.– 2009. – Т. 109 – №12. – С. 93-99.
2. Аведисова, А.С. Клиническая типология атипичной депрессии при биполярном и монополярном аффективном расстройстве / А.С. Аведисова, М.П. Марачев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – Т. 112 – №3 – С.18-24.
3. Аведисова, А.С. Маниакально-депрессивный психоз – биполярное расстройство – аффективный спектр: смена парадигм / А.С. Аведисова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – Т. 111 – №2 – С. 21-28.
4. Аведисова, А.С. Типология смешанных депрессивных состояний в клинике биполярного аффективного расстройства / А.С. Аведисова, Р.В. Воробьев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114 – №1. – С. 16-25.
5. Аведисова, А.С. Эволюция концепции смешанных состояний в клинике биполярного аффективного расстройства / А.С. Аведисова, Р.В. Воробьев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – Т.113 – №6 – С. 4-10.
6. Беляев, Б.С. Клиническая дифференциация и систематика эндогенных аффективных психозов / Б.С. Беляев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1991. – Т.91 – №12 – С. 51-55.
7. Березин, Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности. Структура, основы интерпретации, некоторые области применения / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Е.Д. Соколова.–М.: Издательство «Березин Феликс Борисович». – 2011. – С. 320
8. Волель, Б.А. Типология гипертимного расстройства личности (аспекты прогноза) / Б.А. Волель, Д.Ф. Пушкарев, И.О. Нефедьева // Психиатрия. – 2011. – №1 – С. 14-21.
9. Воробьев, Р.В. Клиническая типология смешанных маниакальных состояний при биполярном аффективном расстройстве / Р.В. Воробьев // Российский психиатрический журнал. – 2014. – №1 – С. 33-42.
10. Воробьев, Р.В. Смешанные состояния в клинике биполярного аффективного расстройства: дисс. ... канд.мед. наук / Руслан Вячеславович Воробьев. – М, 2014
11. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика / П.Б. Ганнушкин. – 1933.
12. Гараян, Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. Часть II / Н.Г. Гараян // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19 – №1 – С.79-89

- 13.Гедевани, Е.В. Клинико-психопатологические особенности эндогенных адинамических депрессий / Е.В. Гедевани //Психиатрия. – 2016. – № 3 – С.5-10.
- 14.Гедевани, Е.В. Особенности психопатологической структуры эндогенных адинамических депрессий/ Е.В. Гедевани //Психиатрия. – 2014. – №2. – С.32-38.
- 15.Груле, Г.Клиническая психиатрия/ Г. Груле, Р. Юнг, В. Майер-Гросс, М. Мюллер– М.:Медицина. – 1967.
- 16.Доценко, В.Л. Выявление лейкоцитарной эластазы человека из комплекса с плазменным α 1-протеиназным ингибитором по её энзиматической активности с синтетическим субстратом /В.Л. Доценко, Е.А. Нешкова, Г.А. Яровая //Вопр Мед Хим. – 1994. – Т. 40 – №3 – С.20-25.
- 17.Дубницкая, Э.Б. О клинических особенностях синдрома истерической ипохондрии / Э.Б. Дубницкая // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1977 – №5 – С. 733-738.
- 18.Жариков, Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии / Н.М. Жариков – М: Медицина. – 1977. – С. 168
- 19.Жмуров, В.А. Психиатрия/ В.А. Жмуров – М.: Умный доктор. – 2018.
- 20.Каннабих, Ю.В. История психиатрии / Ю.В. Каннабих – Л.: Государственное медицинское издательство. – 1928.
- 21.Каннабих, Ю.В. Циклотимия, ее симптоматология и течение / Ю.В. Каннабих – М.: т-во "Печатня С.П. Яковлева". – 1914. – С. 418.
- 22.Капустина, А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла / А.Н. Капустина – СПб.: Речь. – 2001. – С. 112.
- 23.Когнитивная психотерапия расстройств личности. Под ред. А. Бека и А. Фримена. – СПб.: Питер – 2002. – С. 544.
24. Копейко, Г.И. Смешанные аффективные состояния в юношеском возрасте (исторический аспект, современное состояние проблемы, психопатология) / Г.И. Копейко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – №10 – С. 4-11.
- 25.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.
26. Краснов, В.Н.Об устойчивости к психогениям конституционально гипертимных личностей /В.Н. Краснов, Г.Е. Лиманов //Материалы научно-практической конференции«Актуальные проблемы пограничной психиатрии». – 1989.
27. Краснов, В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. – М.: Практическая медицина – 2011. – С. 432.
- 28.Крепелин, Э. Введение в психиатрическую клинику / Э. Крепелин – М.: Медицина – 2004 – С. 76.
- 29.Личко, А. Е. Подростковая психиатрия / А.Е. Личко – Л.: Медицина – 1986.

30. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко – Л.: Медицина – 1983.
31. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). – СПб, 1994.
32. Международная классификация болезней (9-й пересмотр). – М., 1983.
33. Морозов, В.М. Маниакально-депрессивный психоз (смешанные состояния и проблема эндореактивной дистимии). В кн.: Избранные труды / В.М. Морозов – М: Медиа-медика. – 2007. – С. 225-244.
34. Мосолов, С.Н. Алгоритмы биологической терапии биполярного аффективного расстройства / С.Н. Мосолов, Е.Г. Костюкова, А.В. Ушкалова и др. // Современная терапия психических расстройств. – 2013. – №4 – С.31-39.
35. Мосолов, С.Н. Атипичные депрессии /С.Н. Мосолов // Медицина для всех. – 1997. – № 2 – С. 4.
36. Нартикова, В.Ф. Унифицированный метод определения активности $\alpha 1$ -антитрипсина и $\alpha 2$ -макроглобулина активности в сыворотке крови человека (плазмы) / В.Ф. Нартикова, Т.С. Пасхина // Вопр. Мед. Хим. – 1979. – Т.25. - №4. – С.494-499.
37. Незнанов, Н.Г. Биопсихосоциальная психиатрия: руководство для врачей / Незнанов, Н.Г., Коцюбинский, А.П., Мазо, Г.Э. – Специальное издательство медицинских книг. – 2020. – С. 373
38. Нуллер, Ю.Л. Аффективные психозы / Ю.Л. Нуллер, И.Н. Михаленко. – Л.: Медицина: Ленингр. отд-ние. – 1988.
39. Общий психологический практикум. Раздел III. Методы исследования личности. Авт.-сост. К.И. Ананьева. – М.: Московский институт психоанализа. – 2014. – С. 164.
40. Петрунько, О.В., Атипичная симптоматика в клинике монополярной депрессии / О.В. Петрунько, А.В. Швецова, Е.Г. Магонова, А.А. Хамарханова // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 5 – С. 72-75.
41. Психиатрия. Под ред. проф. А.Г. Гофмана. – М.: МЕДпресс-информ. – 2010. – С. 608.
42. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99). (Класс МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общ. ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. – М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации. – 1998. – С. 512.
43. Пятницкий, Н.Ю. Аномальные личности в концепции Г. Груле / Н.Ю. Пятницкий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С Корсакова. – 2017. – №5 – С.72-76.
44. Пятницкий, Н.Ю. Понимание психопатических конституций и психического дефекта в концепции Т. Циэна / Н.Ю. Пятницкий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С Корсакова. – 2016. – №8 – С.62-69.
45. Ротанова, В.А. Рекомендации по коррекции поведения подростка с гипертимной акцентуацией характера / В.А. Ротанова, А.А. Власова, А.С. Мочалова, М.Е. Казаков // Современные научные исследования и инновации. – 2018. – №3 – С.28.

- 46.Руководство по психиатрии: в 2 т. Под ред. А.В.Снежневского. Т.1– М: Медицина. – 1983. – С. 432
- 47.Руководство по психиатрии: в 2 т. Под ред. академика РАМН А.С. Тиганова. Т. 2. – М.: Медицина. – 1999.
- 48.Русалов, В.М. Темперамент в структуре индивидуальности человека: Дифференциально-психофизиологические и психологические исследования / В.М. Русалов –М.: Издательство «Институт психологии РАН» –2012. – С.528.
- 49.Семке, В.Я. Истерические состояния / В.Я. Семке. - М.: Медицина. – 1988. - С. 3-216.
- 50.Семке, В.Я. Основы персонологии/ В.Я. Семке – Профессиональная психотерапевтическая лига. – 2001.
- 51.Симуткин, Г.Г.Проблема коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности / Г.Г. Симуткин, А.Л. Яковлева, А.Л., Бохан, Н.А. //Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24 – № 2 –С.92-98.
- 52.Симуткин, Г.Г. Современные инструменты скрининга биполярных аффективных расстройств (обзор литературы) / Г.Г. Симуткин // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – №3 – С. 34-41.
- 53.Случевский, И.Ф. Психиатрия / И.Ф.Случевский. – М.: Медгиз. – 1957. – С.341.
- 54.Смулевич, А. Б. Психосоматические расстройства в клинической практике: учебник / А.Б.Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ. – 2016. – С. 776.
- 55.Смулевич, А.Б. Депрессия как общемедицинская проблема; вопросы клиники и терапии / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т. 8– № 3. – С. 4-10.
- 56.Смулевич, А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств / А.Б.Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ. – 2009. – С. 111-122.
- 57.Смулевич, А.Б.Расстройства личности и депрессия / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, В.В. Читлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С Корсакова. – 2012. – №9 – С. 4-11.
- 58.Смулевич, А.Б. Расстройство личности: актуальные аспекты систематики, динамики и терапии /А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, Н.А. Ильина // Психиатрия. – 2003. – №5 – С. 7-16.
- 59.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.
- 60.Собчик, Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ / Л.Н. Собчик. – СПб.: Речь – 2000. – С.219.
- 61.Сосюкало, О.О. Смешанные аффективные состояния при эндогенных аффективных психозах (клиническая типология, динамика и прогностическое значение): дис. ... канд. мед. наук: 14.06.01/ Сосюкало Ольга Орестовна – М.,1988 – С.31
- 62.Стреляу, Я. Роль темперамента в психическом развитии/ Я. Стреляу. – М, 1982 г.

63. Субботская, Н.В. Психопатоподобные депрессии с истерическими расстройствами. Ч. 1 / Н.В. Субботская // Психиатрия. – 2018 – №77 – С. 32-38.
64. Сухарева, Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарева. – М.: Медгиз. – 1959.
65. Циркин, С.Ю. Аналитическая психопатология / С.Ю. Циркин. – М: Бином. – 2012.
66. Чудаков, В.М. Гипертимические ипохондрии (типологическая дифференциация, предпосылки развития, терапия): автореф. дис. ... канд.мед. наук / Чудаков Виктор Михайлович – М., 1994. – 21 с.
67. Шевченко, Ю.С. Систематизация психических расстройств (отечественный взгляд на международную классификацию) / Ю.С. Шевченко // Практическая медицина. – 2009. – № 6(38) – С. 5-12
68. Шольц, Ф. Ненормальности детских характеров / Ф. Шольц – М. – 1893. – С. 50-57.
69. Юдин, Т.И. Психопатические конституции / Т.И. Юдин – М.: Издание М. и С. Сабашниковых. – 1926.
70. Яровая, Г.А. Патогенетическая роль лейкоцитарной эластазы. Новый спектрофотометрический метод ее определения в плазме крови человека / Г.А. Яровая, В.Л. Доценко, Е.А. Нешкова. – М.: 1995. – С. 16-18.
71. Akiskal, H.S. Affective temperaments as precursors of mood disorders. Syllabus and scientific proceedings/ H.S.Akiskal //The 161 Annual meeting of the American Psychiatric Association. –2008. – P. 220-220.
72. Akiskal, H.S. Agitated "unipolar" depression reconceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy / H.S. Akiskal, F. Benazzi, G. Perugi, Z. Rihmer // Journal of affective disorders.– 2005. – №85 – P. 45-58.
73. Akiskal, H.S. Agitated «unipolar» depression reconceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy / H.S. Akiskal, F. Benazzi// Journal of affective disorders – 2005 – Vol. 85. – № 3 – P.245-258.
74. Akiskal, H.S. Atypical depression: a variant of bipolar II or a bridge between unipolar and bipolar II? / H.S. Akiskal, F. Benazzi// Journal of affective disorders – 2005. – Vol. 84. – №2 – P.209-217
75. Akiskal, H.S. Criteria for the "soft-bipolar spectrum": treatment implications. / H.S.Akiskal, G. Mallya // Psychopharmacol Bulletin. – 1987. – № 23. – P. 68-73.
76. Akiskal, H.S. Cyclothymic disorder: Validating criteria for inclusion in the bipolar affective group / H.S.Akiskal, A.N. Djenderedjian, R.H. Rosenthal, M.K. Khani // American Journal of Psychiatry. – 1977. – № 134. – P. 1227-1233.
77. Akiskal, H.S. Cyclothymic, hyperthymic and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders./ H.S. Akiskal, K. Akiskal// Annual Review of Psychiatry –1992. – №11 – P.43-62.
78. Akiskal, H.S. Delineating irritable-choleric and hyperthymic temperaments as variants of cyclothymia / H.S.Akiskal // Journal of Personality Disorders–1992. – №6 (4) – P.326-342.

79. Akiskal, H.S. Gender, temperament, and the clinical picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN) / H.S. Akiskal, Hantouche E.G., Bourgeois M.L. et al. // *Journal of affective disorders*. - 1998. - Vol. 50. - P. 175-186.
80. Akiskal, H.S. In search of Aristotle: temperament, human nature, melancholia, creativity and eminence/ H.S. Akiskal, K. Akiskal // *Journal of affective disorders*. - 2007. - №100 - P.1-6.
81. Akiskal, H.S. Temperament, mood disorder and human nature: toward an integration of psychological medicine and evolutionary biology/ H.S. Akiskal // *Annals of General Psychiatry*. - 2006 - №5 - Suppl 1 - P. 51.
82. Akiskal, H.S. TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament / H.S. Akiskal, M.V. Mendlowicz, G. Jean-Louis et al. // *Journal of affective disorders*. - 2005. - №85 - P.45-52
83. Akiskal, H.S. The distinctive mixed states of bipolar I, II, III. / H.S. Akiskal // *Clinical Neuropsychopharmacology*. - 1992. - №15 - P. 632-633.
84. Akiskal, H.S. The evolving bipolar spectrum prototypes I, II, III, and IV / H.S. Akiskal, O. Pinto // *Psychiatric Clinics of North America* - 1999. - № 22(3) - P. 517-534.
85. Akiskal, H.S. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV/ H.S. Akiskal // *Clinical Neuropsychopharmacology*. - 1996 - №16 - P. 4-14.
86. Akiskal, H.S. The Relationship of Personality to Affective Disorders: A Critical Review/ H.S. Akiskal, R.M.A. Hirschfield, B.I. Yerevanian // *Archives of General Psychiatry*. - 1983. - №40 - P.801-810.
87. Akiskal, H.S. The temperamental borders of affective disorders / H.S. Akiskal // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. - 1994 - №89 P.32-37.
88. Akiskal, H.S. Toward a clinical delineation of dysphoric hypomania: operational and conceptual dilemmas/ H.S. Akiskal, F. Benazzi // *Bipolar Disorders*. - 2005. - №7 - P.456-464.
89. Akiskal, H.S. Validating Kraepelin's two types of depressive mixed states: "depression with flight of ideas" and "excited depression"./ H.S. Akiskal, F. Benazzi // *The World Journal of Biological Psychiatry*. - 2004. - №5(2) - P.7-13.
90. Akiskal, K.K. The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. / K.K. Akiskal, H.S. Akiskal // *Journal of affective disorders*. - 2005. - №85 - P. 31-39.
91. Alloy, L.B., Longitudinal predictors of bipolar spectrum disorders: A behavioral approach system (BAS) perspective / L.B. Alloy, L.Y. Abramson, S. Urošević et al. // *Clinical Psychology: Science and Practice*. - 2009. - № 16. - P. 206-226.
92. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. - 1980.
93. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. - 1994.

94. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. – 2013.
95. Angst, J. Epidemiologie der Depression: Resultate aus der Zurich-Studie/ J. Angst // Depressionen. Therapiekonzepte in Vergleich. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. – 1993 – P. 3-12.
96. Angst, J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder/ J. Angst // Journal of affective disorders. – 1998. – №50 – P. 143-151.
97. Angst, J. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorder and hypomania / J. Angst // Journal of affective disorders. – 2003 – №73 – P.133-146.
98. Arnold, L.M. Gender differences in bipolar disorder / L.M. Arnold // The psychiatric clinics of North America. – 2003. – Vol. 26. – №3 – P.595-620.
99. Benazzi, F. Atypical depression with hypomanic symptoms/ F. Benazzi // Journal of affective disorders. – 2001. – №75 – P.179-183.
100. Benazzi, F. Depressive mixed state: dimensional versus categorical definitions/ F. Benazzi // Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. – 2003. – №27 – P.129-134.
101. Benazzi, F. Family history validation of a definition of mixed depression / F. Benazzi // Comprehensive Psychiatry. – 2005. – № 46 – P.159-166.
102. Benazzi, F. Mixed states in bipolar II disorder: should full hypomania always be required? / F. Benazzi // Psychiatry Research. – 2004. – № 127 – P.247-257.
103. Benazzi, F. Refining the evaluation of bipolar II: beyond the strict SCID-CV guidelines for hypomania / F. Benazzi, H.S. Akiskal // Journal of affective disorders. – 2003 – №73 – P. 33-38.
104. Benazzi, F. Reviewing the diagnostic validity and utility of mixed depression (depressive mixed states)/ F. Benazzi // European Psychiatry. – 2008 – Vol. 23 – №1 – P. 40-48.
105. Benazzi, F. The clinical picture of bipolar II outpatient depression in private practice / F. Benazzi // Psychopathology. – 2001. – № 34. – P. 81-84.
106. Benazzi, F. The problem of the treatment of bipolar-II depression/ F. Benazzi // Bipolar Disorders. – 2004 – №6 – P.440-441.
107. Benazzi, F. The role of gender in depressive mixed state/ F. Benazzi // Psychopathology. – 2003 – №36 – P.213-217.
108. Benazzi, F. Toward a validation of a new definition of agitated depression as a bipolar mixed state (mixed depression) / F. Benazzi, A. Koukopoulos, H.S. Akiskal // European Psychiatry. – 2004. – Vol. 19 – №2 – P.85-90.
109. Birmaher, B. Comparison of manic and depressive symptoms between children and adolescents with bipolar spectrum disorders / B. Birmaher, D. Axelson, M. Strober, et al. // Bipolar Disorders. – 2009. – № 11. – P. 52-62.
110. Canuso, C.M. Psychotic symptoms in patients with bipolar mania / C.M. Canuso, C.A. Bossie, Y. Zhu et al. // Journal of Affective Disorders. – 2008. – № 111. – P. 164-169.

111. Carlson, G.A. The stages of mania: a longitudinal analysis of the manic episode / G.A. Carlson, F.K. Goodwin // Archives of General Psychiatry. – 1973. – № 28 – P. 221-228.
112. Cassano, G.B. The bipolar spectrum: A clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology / G.B. Cassano, L. Dell'Osso, E. Frank, et al. // Journal of Affective Disorders. – 1999. – № 54. – P. 319-328.
113. Chen, J. Early and late onset, first episode, treatment-naïve depression: Same clinical symptoms, different regional neural activities / J. Chen, F. Liu, G. Xun, et al. // Journal of Affective Disorders. – 2012. – № 143. – P. 56-63.
114. Chiaroni, P. The cyclothymic temperament in healthy controls and familiarly at risk individuals for mood disorder: endophenotype for genetic studies? / P. Chiaroni, E. Hantouche, J. Goussard, et al. // Journal of Affective Disorders. – 2005. – № 85. – P. 135-145.
115. Clark, L.A. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders / L.A. Clark, D. Watson, S. Mineka // Journal of Abnormal Psychology. – 1994. – № 103. – P. 103-116.
116. Court, J. The continuum model as a resolution of paradoxes in manic depressive psychosis / J. Court // The British journal of psychiatry: the journal of mental science. – 1972. – № 120 – P. 133-141.
117. Danner, S. Early-onset bipolar spectrum disorders: Diagnostic issues / S. Danner, M.A. Fristad, E. Arnold, et al. // Clinical Child and Family Psychological Review. – 2009. – № 12. – P. 271-273.
118. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V. Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. – 2013. – P. 947.
119. Dogan, B. The relationship between temperament and depression in Parkinson's disease patients under dopaminergic treatment / B. Dogan, A. Akyol, C.O. Memis, et al. // Psychogeriatric. – 2018 – Vol. 19 – № 1 – P. 83-84.
120. Doran, C.M. The Hypomania Handbook: The Challenge of Elevated Mood / C.M. Doran. – LWW. – 2008. – P. 35-51.
121. Edvardsen, J. Heritability of bipolar spectrum disorders. Unity or heterogeneity? / J. Edvardsen, S. Torgersen, E. Roysamb, et al. // Journal of Affective Disorders. – 2008. – № 106. – P. 229-240.
122. Figueira, M.L. Validation of the Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (TEMPS-A): Portuguese-Lisbon version / M.L. Figueira, L. Caeiro, A. Ferro, et al. // Journal of Affective Disorders. – 2008 – № 111 – P. 193-203.
123. Fountoulakis, K.N. The role of temperament in the etiopathogenesis of bipolar spectrum illness / K.N. Fountoulakis, X. Gonda, I. Koufaki, et al // Harvard Review of Psychiatry. – 2016 – Vol. 24 – № 1 – P. 36-52.
124. Fritze, F. Zum Konzept der Hyperthymie: Historische Entwicklung und aktuelle Aspekte / F. Fritze, U. Ehrt, P. Brieger // Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie. – 2002. – № 70 – P. 117-125.
125. Geller, B. DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar phenotype compared to attention deficit hyperactive and normal controls /

- B. Geller, B. Zimmerman, M. Williams, et al. // *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. – 2002. – № 12 – P.11-25.
126. Gettins P.G. Serpin structure, mechanism, and function / P.G. Gettins // *Chemical reviews*. – 2002. – № 102(12). – P. 4751–4804
127. Goldberg, J.F. Bipolar mixed episodes: characteristics and comorbidities / J.F. Goldberg, S.L. McElroy // *The Journal of clinical psychiatry*. – 2007. – Vol. 68. – P.25.
128. Goldberg, J.F. Manic symptoms during depressive episodes in 1,380 patients with bipolar disorder: findings from the STEP-BD. / J.F. Goldberg, R.H. Perlis, C.L. Bowden, et al. // *The American journal of psychiatry*. – 2009. – Vol. 166. – № 2 – P.173-181.
129. Goodwin, F.K. Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression / Goodwin, F.K., Jamison, K.R. – New York: Oxford University Press. – 2007. – P.1289
130. Harvey, A.G. Sleep disturbance in bipolar disorder across the lifespan / A.G. Harvey, L.S. Talbot, A. Gershon // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2009. – Vol. 29 – №2 – P. 256-277
131. Himmelhoch, J.M. Incidence and significance of mixed affective states in a bipolar population / J.M. Himmelhoch, D. Mulla, J.F. Neil, et al. // *Archives of General Psychiatry*. – 1976 – № 33 – P. 1062-1066.
132. Hoaki, N. Biological aspect of hyperthymic temperament: light, sleep, and serotonin / N. Hoaki, T. Terao, Y. Wang, et al. // *Psychopharmacology*. – 2011. – №213 – P. 633-638.
133. Johnson, S.L. Bipolar and unipolar depression: A comparison of clinical phenomenology and psychosocial predictors / S.L. Johnson, A. Kizer – N.Y.: Guilford Press. – 2002. – P. 141-165.
134. Johnson, S.L. Life events in bipolar disorder: Towards more specific models / S.L. Johnson // *Clinical Psychology Review* – 2005. – № 25. – P. 1008-1027
135. Johnson, S.L. The dominance behavioral system and manic temperament: Motivation for dominance, self-perceptions of power, and socially dominant behaviors. / S.L. Johnson, C.S. Carver // *Journal of Affective Disorders*. – 2012. – №142 – P. 275-282
136. Jovic, J. The development of temperament evaluation of Memphis, Pisa, Paris, and San Diego auto-questionnaire for adolescents (A-TEMPS-A) in a Serbian sample / J. Jovic, D. Hinic, A. Corac, et al. // *Psychiatria Danubina*. – 2019. – №31 – P. 308-315.
137. Judd, L.L. Psychosocial disability in the course of bipolar I and bipolar II disorders: A prospective, comparative, longitudinal study / L.L. Judd, H.S. Akiskal, P.J. Schettler, et al. // *Archives of General Psychiatry*. – 2005. – № 62. – P. 1322-1330.
138. Kochman, F.J. Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder / F.J. Kochman, E.G. Hantouche, P. Ferrari, et al. // *Journal of Affective Disorders*. – 2005. – № 85. – P. 181-189.

139. Koukopoulos, A. A mixed depressive syndrome / A. Koukopoulos, G. Faedda, R. Proietti, et al. // *Encephale*. – 1992. – №18 – P. 19-21.
140. Koukopoulos, A. Course of the manic-depressive cycle and changes caused by treatment / A. Koukopoulos, D. Reginaldi, P. Laddomada, et al. // *Pharmakopsychiatrie Neuro-Psychopharmakologie*. – 1980. – № 13 – P. 156-167.
141. Koukopoulos, A. Mixed depressive states: nosologic and therapeutic issues / A. Koukopoulos, M.J. Albert, G. Sani, et al. // *International Review of Psychiatry*. – 2005. – №17 – P. 21-37.
142. Kraepelin, E. *Manic Depressive Insanity and Paranoia* / E. Kraepelin. – Edinburgh: E. & S. Livingstone. – 1921.
143. Kraepelin, E. *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* / E. Kraepelin. – Leipzig: Johann Ambrosius Barth. – 1896.
144. Kretschmer, E. *Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten* / E. Kretschmer. – Berlin: Springer. – 1921.
145. Kruger, S. Pharmacotherapy of bipolar mixed states / S. Kruger, L.T. Young, P. Braunig // *Bipolar Disorders*. – 2005. – № 7 – P. 205-215.
146. Kruger, S. Pharmakotherapie of manic-depressive mixed states / S. Kruger, L.T. Young, P. Braunig // *Psychiatrische Praxis*. – 2006. – № 33 – Suppl 1 – P. 32-39
147. Leonhard, K. *Akzentuierte Persönlichkeiten* / K. Leonhard. – Berlin: Verlag Volk und Gesundheit. – 1976.
148. Leonhard, K. *Die Temperamente in drei Familien der Monopolaren und Bipolaren Phasischen Psychosen* / K. Leonhard, I. Korff, H. Schultz // *European Neurology*. – 1962. – Vol. 143 – P. 416–434.
149. Maggini, C. Psychopathology of stable and unstable mixed states: a historical view / C. Maggini, P. Salvatore, A. Gerhard, et al. // *Comprehensive Psychiatry*. – 2000. – Vol. 41 – №2 – P. 77-82.
150. Maj, M. Agitated depression in bipolar I disorder: prevalence, phenomenology, and outcome / M. Maj, R. Pirozzi, L. Magliano, et al. // *The American journal of psychiatry*. – 2003. – №160 – P. 2134-2140.
151. Maj, M. *Bipolar Disorder* / M. Maj, H.S. Akiskal, J.J. López-Ibor, et al. – John Wiley & Sons Ltd. – 2002. – P. 82.
152. Maj, M. Mixed states and rapid cycling: conceptual issues and options for ICD-11 / M. Maj // *World Psychiatry*. – 2012. – № 11 – Suppl. 1 – P. 65-68
153. Malkoff-Schwartz, S. Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes / S. Malkoff-Schwartz, E. Frank, B.P. Anderson, et al. // *Archives of General Psychiatry*. – 1998. – № 55. – P. 702-707.
154. Marneros, A. Bipolar disorders beyond major depression and euphoric mania. In *Bipolar Disorders. Mixed States, Rapid Cycling and Atypical Forms*. / A. Marneros, F.K. Goodwin. – Cambridge: Cambridge University Press. – 2005. – P. 1-44

155. Marneros, A. Origin and development of concepts of bipolar mixed states / A. Marneros // *Journal of Affective Disorders*. – 2001. – № 67 – 229-240.
156. McElroy, S.L. Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. / S.L. McElroy, P.E. Keck, H.G. Pope, et al. // *The American journal of psychiatry*. – 1992. – Vol. 149 – № 12 – P. 1633-1644
157. McElroy, S.L. Differences and similarities in mixed and pure mania / S.L. McElroy, S.M. Strakowski, P.E. Keck, et al. // *Comprehensive Psychiatry*. – 1995. – № 36 – P. 187-194
158. McElroy, S.L. Phenomenology of adolescent and adult mania in hospitalized patients with bipolar disorder. / S.L. McElroy, S.M. Strakowski, S.A. West, et al. // *The American journal of psychiatry*. – 1997 – № 154 – 44-49.
159. Mendlowicz, M.V. A comparison of recovered bipolar patients, healthy relatives of bipolar probands, and normal controls using the short TEMPS-A. / M.V. Mendlowicz, G. Jean-Louis, J.R. Kelsoe, et al. // *Journal of Affective Disorders*. – 2005 – № 85 – P. 147-151
160. Mentzos, S. Mischzustände und mischbildhafte phasis-che Psychosen / Mentzos S. – Stuttgart: Enke – 1967. – P. 119
161. Merikangas, K.R. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication / K.R. Merikangas, H.S. Akiskal, J. Angst et al. // *Archives of General Psychiatry*. – 2007. – № 64. – P. 543-552
162. Miklowitz, D.J. The psychopathology and treatment of bipolar disorder / D.J. Miklowitz, S.L. Johnson // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2006. – № 4. – P. 33-52.
163. Moreno, C. National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth / C. Moreno, G. Laje, C. Blanco, et al. // *Archives of General Psychiatry*. – 2007. – № 64. – P. 1032-1039.
164. Moreno, M. Hyperthymic traits, major depression and bipolar spectrum, review and case report / M. Moreno, A. De Cós Milas, L. Beatobe Carreño, et al. // *European Psychiatry*. – Vol. 64–Special Issue S1 – P. 621
165. Musalek, M. Dysphoric States in the Course of Manic-Depressive Illness / M. Musalek, O.M. Lesch, W. Kieffer // *Psychopathology*. – 1987 – № 20(2) – P. 107-114.
166. Nunn, C.M.N. Mixed affective states and the natural history of manic — depressive psychosis / C.M.N. Nunn // *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. – 1979. – № 134 – P. 153-160.
167. Nusslock, R.A. Goal-striving life event and the onset of hypomanic and depressive episodes and symptoms: Perspective from the behavioral approach system (BAS) dysregulation theory / R. Nusslock, L.Y. Abramson, E. Harmon-Jones, et al. // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2007. – № 116. – P. 105-115.
168. Oedegaard, K.J. A study of age at onset of affective temperaments in a Norwegian sample of patients with mood disorders / K.J. Oedegaard,

- V.E.G.Syrstad, G. Morken, et al. // *Journal of Affective Disorders*. – 2009. – № 118. – P. 229-233.
169. Oniszczenko, W. Affective temperaments and procrastination as mediated by emotional reactivity in a nonclinical adult sample / W. Oniszczenko, E. Stanisławiak // *Current Issues in Personality Psychology*. – 2020. – 8(2) – P. 92-99.
170. Ozyldirim, I. Impact of psychotic features on morbidity and course of illness in patients with bipolar disorder / I. Ozyldirim, S. Cakir, O. Yaziki // *European Psychiatry*. – 2010. – № 25. – P. 47-51.
171. Perlis, R.H. Retrospective age at onset of bipolar disorder and outcome during two-year follow-up: Results from the STEP-BD study / R.H. Perlis, E.B. Dennehy, D.J. Miklowitz, et al. // *Bipolar Disorders*. – 2009. – № 11. – P. 391-400
172. Perugi, G. A broader definition of mixed states / G. Perugi – *Proceeding of APA, San Diego CA* – 1997.
173. Perugi, G. Clinical characterization of depressive mixed state in bipolar-I patients: Pisa-San Diego collaboration / G. Perugi, H.S. Akiskal, C. Micheli, et al. // *Journal of Affective Disorders*. – 2001 – № 67 – P. 105-114.
174. Perugi, G. Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader European definition in 143 cases / G. Perugi, H.S. Akiskal, C. Micheli, et al. // *Journal of Affective Disorders*. – 1997 – № 43 – P. 169-180.
175. Perugi, G. Clinical subtypes of severe bipolar mixed states. / G. Perugi, P. Medda, J. Reis, et al. // *Journal of Affective Disorders*. – 2013. – 151(3) – P. 1076-1082.
176. Perugi, G., Akiskal, H.S. Emerging concepts of mixed states: a longitudinal perspective. In: *Bipolar Disorders, Mixed States, Rapid Cycling and Atypical forms*. Eds. A. Marneros, F. Goodwin / G. Perugi, H.S. Akiskal // *Cambridge University Press*. – 2005 – P. 45-60.
177. Perugi, G., Micheli, C., Akiskal, H.S. et al. Polarity of the first episode, clinical characteristics and course of manic-depressive illness: a systematic retrospective investigation of 320 bipolar I patients / G. Perugi, C. Micheli, H.S. Akiskal, et al. // *Comprehensive Psychiatry*. – 2000 – № 41 – P. 13-18.
178. Petrilowitsch, N. *Abnorme Persönlichkeiten* / N. Petrilowitsch. – Basel, NY. – 1960.
179. Possl, J. A case history analysis of the «manic type» and the «melancholic type» of premorbid personality in affectively ill patients / J. Possl, D. von Zerssen // *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. – 1990 – № 23 – P. 347-355.
180. Post, R.M. Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena / R.M. Post // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. – 2007. – № 31. – P. 858-873.
181. Post, R.M. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder / R.M. Post // *American Journal of Psychiatry*. – 1992. – № 149. – P. 999-1010.

182. Post, R.M., Rubinow, D.R., Uhde, T.W. et al. Dysphoric mania: Clinical and biological correlates. / R.M. Post, D.R. Rubinow, T.W. Uhde, et al. // *Archives of General Psychiatry*. – 1989 – № 46 – P. 353-358.
183. Priebe, L. Genome-wide survey implicates the influence of copy number variants (CNVs) in the development of early-onset bipolar disorder / L. Priebe, F.A. Degenhardt, S. Herms, et al. // *Molecular Psychiatry*. – 2012. – № 17. – P. 40-46.
184. *Psychopathology: Foundations for a Contemporary Understanding*. Ed. by James E. Maddux, Barbara A. Winstead. – N.Y. and London: Routledge 2016. – P. 494
185. Reed, G.M. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders / G.M. Reed, M.B. First, C.S. Kogan, et al. // *World Psychiatry*. – 2019 – № 18(1) – P. 3-19.
186. Rehm, L.P., Wagner, A., Ivens-Tyndal, C. Mood disorders: Unipolar and bipolar / P.B. Sutker, H.E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology*. – N.Y.: Kluwer Academic. – 2001. – P. 277-308.
187. Rihmer, A. The importance of depressive mixed states in suicidal behavior / A. Rihmer, X. Gonda, J. Balazs, et al. // *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. – 2008. – 10(1) – 45-49.
188. Rihmer, Z. Current research on affective temperaments / Z. Rihmer, K. Akiskal, A. Rihmer, et al. // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2010. № 23(1) – P. 12-18.
189. Salvatore, P. Weygandt's On the Mixed States of Manic-Depressive Insanity: a translation and commentary on its significance in the evolution of the concept of bipolar disorder / P. Salvatore, R.J. Baldessarini, F. Centorrino, et al. // *Harvard review of psychiatry*. – 2002. – 10(5) – P. 255-275.
190. Schneider, K. *Die Psychopathischen Persönlichkeiten* / K. Schneider. – Leipzig, Wien – 1928.
191. Shen, G.C. Social rhythm regularity and the onset of affective episodes in bipolar spectrum individuals / G.C. Shen, L.B. Alloy, L.Y. Abramson, et al. // *Bipolar Disorders*. – 2008. – № 10. – P. 520-529.
192. Stark, K.W. *Allgemeine Pathologie oder allgemeine Naturlehre der Krankheit* / K.W. Stark. – Auflage Leipzig: Breitkopf und Härtel – 1844.
193. Stransky, E. *Das manisch-depressive Irresein (Handbuch der Psychiatrie, hrsg. v. G. Aschaffenburg, Spez. Teil, Abt.)* / E. Stransky – Deuticke-Leipzig-Wien – 1911 – P. 272.
194. Suppes, T. The longitudinal course of bipolar disorders / T. Suppes, E.B. Dennehy, E.W. Gibbons // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2000. – № 61. – P. 23-30.
195. Swann, A.C. Continuum of depressive and manic mixed states in patients with bipolar disorder: quantitative measurement and clinical features / A.C. Swann, J.L. Steinberg, M. Lijffijt, et al. // *World Psychiatry*. – 2009. – № 8(3) – P. 166-172.

196. Sylvia, L.G. Life events and social rhythms in bipolar spectrum disorders: A prospective study / L.G. Sylvia, L.B. Alloy, J.A. Hafner, et al. // *Behavior Therapy*. – 2009. – № 40. – P. 131-141.
197. The World Health Report 2003: Shaping the Future. – Geneva: World Health Organization. – 2003. – P. 210.
198. Vahip, S. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A / S. Vahip, S. Kesebir, M. Alkan et al. // *Journal of Affective Disorders*. – 2005. – Vol. 85 – №1–2. – P. 113-125.
199. Van Deventer, J. Ein Fall von sanguinischer Minderwertigkeit. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* / J. Van Deventer. – 1895 – P. 550-578.
200. Vazquez, G.H. Bipolar disorders and affective temperaments: a national family study testing the «endophenotype» and «subaffective» theses using the TEMPS-A Buenos Aires / G.H. Vazquez, C. Kahn, C.E. Schiavo, et al. // *Journal of Affective Disorders*. – 2008. – Vol. 108 – №1–2. – P. 25–32.
201. Vazquez, G.H. Hyperthymic temperament may protect against suicidal ideation / G.H. Vazquez, X. Gonda, R. Zaratiegui, et al. // *Journal of Affective Disorders*. – 2010 – №127 – P. 38-42.
202. Walshaw, P.D. Executive functions in pediatric bipolar disorder and attention-deficit hyperactivity disorder: In search of distinct phenotypic profiles? / P.D. Walshaw, L.B. Alloy, F.W. Sabb // *Neuropsychology Review*. – 2010. – № 20. – P. 103-120.
203. Weckerly, J. Pediatric bipolar mood disorder / J. Weckerly // *Journal of developmental and behavioral pediatrics*. – 2002. – № 23 – P. 42- 56.
204. Wernicke, C. Grundrisse der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen (28. bis 41 Vorlesung) / C. Wernicke. – Leipzig: Thieme. – 1906.
205. Wernicke, C. Grundriß der Psychiatrie / C. Wernicke. – Leipzig: Thieme. – 1900.
206. Weygandt, W. Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins / W. Weygandt. – Munich: J.F. Lehmann. – 1899. – P. 67.
207. Whelan R. Study of Novel Autoantibodies in Schizophrenia / R. Whelan, D.S. Clair, C.J. Mustard, et al. // *Schizophrenia Bulletin*. – 2018. – №44(6). – P. 1341–1349
208. Young, A.S. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States / A.S. Young, R. Kalp, C.D. Sherbourne, et al // *Archives of General Psychiatry*. – 2001. – № 58. – P. 55-61.
209. Youngstrom, E.A. Pediatric bipolar disorder: Validity, phenomenology, and recommendations for diagnosis / E.A. Youngstrom, B. Birmaher, R.L. Findling // *Bipolar Disorders*. – 2008. – № 10. – P. 194-214
210. Ziehen, T. Zur Lehre von den psychopathischen Konstitutionen / T. Ziehen // *Charite-Annalen*. – 1905 – № 29 – P. 279-300.

Приложение

Приложение 1

Методики психометрического обследования

1. Оценочная шкала маний Янга (Young Mania Rating Scale; YMRS)

ФИО обследуемого _____

№ истории болезни _____ дата обследования _____

1. Приподнятое настроение

0 - отсутствует

1 - слабо или возможно повышенное, выявляется при расспросе

2 - субъективно ощущаемый подъем; больной выглядит оптимистичным, самоуверенным, веселым, адекватным обстановке

3 - настроение приподнятое, неадекватное обстановке, отпускает шутки

4 - больной эйфоричен, неадекватно смеется, поет.

2. Увеличение моторной активности, энергичность

0 - отсутствует

1 - субъективно отмечаемое увеличение

2 - больной оживлен, жестикуляция усилена

3 - чрезмерная энергичность, периодическая гиперактивность, беспокойство (может быть успокоен)

4 - двигательное возбуждение, постоянная гиперактивность (невозможно успокоить)

3. Сексуальная заинтересованность

0 - нормальная, не повышена

1 - слегка или возможно повышена

2 - субъективно отмечаемое повышение

3 - в беседе спонтанно возникают сексуальные темы, много об этом говорит, сообщает о своей гиперсексуальности

4 - ярко выраженное сексуальное поведение (по отношению к пациентам, персоналу, врачу)

4. Сон

0 - не сообщает об уменьшении продолжительности сна

1 - уменьшение продолжительности сна менее чем на 1 час по отношению к обычному

2 - уменьшение продолжительности сна более чем на час

3 - сообщает о снижении потребности во сне

4 - отрицает потребность во сне

5. Раздражительность

0 - отсутствует

2 - субъективное повышение

4 - раздражителен во время интервью, недавние эпизоды гнева или раздражительности в отделении

6 - часто раздражается во время интервью, стремится прервать беседу

8 - враждебен, отказывается от сотрудничества, интервью невозможно

6. Речь (скорость и количество)

0 - не увеличена

2 - субъективно отмечаемая разговорчивость

4 - периодически многословен, речь ускорена

6 - речь с напором, отчетливое ускорение темпа, многоречив, трудно перебить

8 - «словесный поток», невозможно перебить, непрерывная речь

7. Нарушение мышления

0 - отсутствует

1 - больной обстоятельный, несколько отвлекаем, мышление ускорено

2 - отвлекаем, теряет цель высказывания, часто меняет тему, «скачка идей»

3 - наплыв идей, идеаторная спутанность, непоследовательность; рифмует предложения; эхолалия

4 - мышление инкогерентное; не способен к продуктивному контакту

8. Содержание идей

0 - нормальное

2 - сомнительные планы, новые интересы

4 - особые проекты, гиперрелигиозность

6 - грандиозные или параноидные идеи, идеи отношения

8 - бред, галлюцинации

9. Агрессивное поведение

0 - отсутствует, сотрудничает с врачом

2 - саркастичен в общении, периодически повышает голос, напряжен

4 - выдвигает требования, высказывает угрозы в отделении

6 - угрожает врачу, бранится, проведение интервью затруднено

8 - нападает, совершает деструктивные действия, интервью невозможно

10. Внешний вид

- 0 - соответствующе одет и ухожен
- 1 - несколько небрежный вид
- 2 - выглядит неухоженным, небрежно одетым, неадекватная «нарядность»
- 3 - неопрятен, одет не полностью, кричащий макияж
- 4 - одет крайне небрежно, вычурно, много украшений

11. Сознание болезни

- 0 - признает себя больным, соглашается с необходимостью лечения
- 1 - соглашается, что возможно болен
- 2 - признает перемены в поведении, но отрицает болезнь
- 3 - признает, что возможны перемены в поведении, но отрицает болезнь
- 4 - отрицает любые изменения в поведении

Оценка суммарного балла:

- 0-12 — Норма
- 13-21 — Гипоманиакальное состояние
- 22-30 — Маниакальное состояние
- более 30 — Выраженное маниакальное состояние

2. Шкала Гамильтона для оценки депрессии (англ. Hamilton Rating Scale for Depression; HDRS)

1. Пониженное настроение (переживания печали, безнадежности, беспомощности, малоценности)

р 4 - больной при общении вербальным и невербальным образом спонтанно выражает только эти чувства

р 3 - больной выражает свои аффективные переживания невербальным образом (мимикой, голосом, готовностью к плачу и т.д.)

р 2 - спонтанно сообщает о своих переживаниях вербальным образом (рассказывает о них)

р 1 - сообщает о своих переживаниях только при расспросе

р 0 - отсутствует

2. Чувство вины

р 4 - слышит голоса обвиняющего или унижающего содержания, испытывает угрожающие зрительные галлюцинации

р 3 - свое болезненное состояние расценивает как наказание, имеют место бредовые идеи преследования

р 2 - идеи вины и наказания за ошибки и грехоподобные поступки в прошлом

р 1 - идеи самоуничтожения, самоупреки, испытывает ощущение, что является причиной страдания других людей

р 0 - отсутствует

3. Суицидальные тенденции

р 4 - суицидальная попытка (любая серьезная суицидальная попытка оценивается в 4 балла)

р 3 - суицидальные мысли или жесты

р 2 - высказывает мысли о своей смерти или любые другие идеи о нежелании жить

р 1 - высказывает мысли о бессмысленности, малоценности жизни

р 0 - отсутствует

4. Трудности при засыпании

р 2 - ежедневные жалобы на трудности при засыпании

р 1 - периодические жалобы на трудности при засыпании

р 0 - отсутствуют

5. Бессоница

р 2 - не спит в течение ночи (любое вставание с постели ночью, за исключением посещения туалета, оценивается в 2 балла)

р 1 - жалуется на возбуждение и беспокойство в течение ночи

р 0 - отсутствует

6. Ранние пробуждения

р 2 - при пробуждении заснуть повторно не удастся

р 1 - просыпается рано, но снова засыпает

р 0 - отсутствуют

7. Работа и деятельность

р 4 - не работоспособен по причине настоящего заболевания

р 3 - существенное понижение активности и продуктивности

р 2 - потеря интереса к профессиональной деятельности, работе и развлечениям

р 1 - мысли и ощущения усталости, слабости и неспособности к деятельности

р 0 - трудностей не испытывает

8.Заторможенность (замедленность мышления и речи, трудности при концентрации внимания, снижение двигательной активности)

р 4 - неработоспособен по причине настоящего заболевания

р 3 - существенное понижение активности и продуктивности

р 2 - потеря интереса к профессиональной деятельности, работе и развлечениям

р 1 - мысли и ощущения усталости, слабости и неспособности к деятельности

р 0 - трудностей не испытывает

9.Возбуждение

р 2 - заламывает руки, кусает ногти, губы, рвет волосы

р 1 - двигательное беспокойство, "игра руками, волосами"

р 0 - отсутствует

10.Тревога психическая

р 4 - спонтанно излагает свои тревожные опасения

р 3 - признаки особого беспокойства обнаруживаются в мимике и речи

р 2 - беспокоится по незначительным поводам

р 1 - мысли и ощущения усталости, слабости и неспособности к деятельности

р 0 - отсутствует

11.Тревога соматическая (физиологические признаки)

р 3 - очень тяжелая, вплоть до функциональной недостаточности

р 2 - тяжелая

р 1 - средняя

р 0 - отсутствует

12.Желудочно-кишечные соматические нарушения

р 2 - испытывает трудности в еде без помощи персонала, нуждается в назначении слабительных и других лекарственных средств, способствующих нормальному пищеварению

р 1 - жалуется на отсутствие аппетита, но ест самостоятельно без принуждения, испытывает ощущение тяжести в желудке

р 0 - отсутствуют

13.Общесоматические симптомы

р 2 - отчетливая выраженность какого-либо соматического симптома оценивается в 2 балла

р 1 - ощущение тяжести и усталости в конечностях, спине, голове, боли в спине, голове, мышечные боли

р 0 - отсутствуют

14.Расстройства сексуальной сферы

р 2 - отчетливая выраженность снижения полового влечения

р 1 - легкая степень снижения полового влечения

р 0 - отсутствуют

15.Ипохондрические расстройства

р 4 - бредовые ипохондрические идеи

р 3 - частые жалобы, призывы о помощи

р 2 - особая озабоченность своим здоровьем

р 1 - повышенный интерес к собственному телу

р 0 - отсутствуют

16.Потеря веса (по пунктам А и Б)

А. Оценка производится по анамнестическим данным

р 2 - потеря веса составила 3 или более кг

р 1 - потеря веса составила от 1 до 2,5 кг

р 0 - потери веса не наблюдалось

Б. Оценка производится еженедельно по показаниям взвешиваний

р 1 - потеря веса составляет менее 0,5 кг в неделю

р 0 - потеря веса составляет менее 0,5 кг в неделю

17.Отношение к своему заболеванию

р 2 - больным себя не считает

p 1 - признает, что болен, но связывает причины заболевания с пищей, климатом, перегрузками на работе, вирусной инфекцией и т.д.

p 0 - считает себя больным депрессией

Оценка суммарного балла:

0—7 — норма

8—13 — лёгкое депрессивное расстройство

14—18 — депрессивное расстройство средней степени тяжести

19—22 — депрессивное расстройство тяжелой степени

более 23 — депрессивное расстройство крайне тяжёлой степени

Приложение 2

Методики патопсихологического исследования

1. Личностный опросник Г. Айзенка

Инструкция

«Постарайтесь представить типичные ситуации и дать первый «естественный» ответ, который придет Вам в голову. Если Вы согласны с утверждением, поставьте рядом с его номером знак «+» (да), если нет – знак «-» (нет)».

Вопросы для опроса:

1. Часто ли Вы испытываете тягу к новым впечатлениям, к тому, чтобы отвлечься, испытать сильные ощущения?
2. Часто ли Вы чувствуете, что нуждаетесь в друзьях, которые могут Вас понять, ободрить или посочувствовать?
3. Считаете ли Вы себя беззаботным человеком?
4. Очень ли трудно Вам отказываться от своих намерений?
5. Обдумываете ли Вы свои дела не спеша и предпочитаете ли подождать, прежде чем действовать?
6. Всегда ли Вы сдерживаете свои обещания, даже если это Вам невыгодно?
7. Часто ли у Вас бывают спады и подъемы настроения?
8. Быстро ли Вы обычно действуете и говорите, не тратите ли много времени на обдумывание?
9. Возникало ли у Вас когда-нибудь чувство, что Вы несчастны, хотя никакой серьезной причины для этого не было?
10. Верно ли, что «на спор» Вы способны решиться на все?
11. Смущаетесь ли Вы, когда хотите познакомиться с человеком противоположного пола, который Вам симпатичен?
12. Бывает ли когда-нибудь, что, разозлившись, Вы выходите из себя?
13. Часто ли бывает, что Вы действуете необдуманно, под влиянием момента?
14. Часто ли Вас беспокоят мысли о том, что Вам не следовало чего-либо делать или говорить?
15. Предпочитаете ли Вы чтение книг встречам с людьми?
16. Верно ли, что Вас легко задеть?
17. Любите ли Вы часто бывать в компании?
18. Бывают ли иногда у Вас такие мысли, которыми Вам не хотелось бы делиться с другими людьми?

19. Верно ли, что иногда Вы настолько полны энергии, что все горит в руках, а иногда чувствуете сильную вялость?
20. Стараетесь ли Вы ограничить круг своих знакомых небольшим числом самых близких друзей?
21. Много ли Вы мечтаете?
22. Когда на Вас кричат, отвечаете ли Вы тем же?
23. Считаете ли Вы все свои привычки хорошими?
24. Часто ли у Вас появляется чувство, что Вы в чем-то виноваты?
25. Способны ли Вы иногда дать волю своим чувствам и беззаботно развлекаться в веселой компании?
26. Можно ли сказать, что нервы у Вас часто бывают натянуты до предела?
27. Слывете ли Вы за человека живого и веселого?
28. После того как дело сделано, часто ли Вы мысленно возвращаетесь к нему и думаете, что могли бы сделать лучше?
29. Чувствуете ли Вы себя беспокойно, находясь в большой компании?
30. Бывает ли, что Вы передаете слухи?
31. Бывает ли, что Вам не спится из-за того, что в голову лезут разные мысли?
32. Если вы хотите узнать что-либо, предпочтете ли Вы найти это в книге, чем спросить у друзей?
33. Бывают ли у Вас сильные сердцебиения?
34. Нравится ли Вам работа, требующая сосредоточения?
35. Бывают ли у Вас приступы дрожи?
36. Всегда ли Вы говорите только правду?
37. Бывает ли Вам неприятно находиться в компании, где все подшучивают друг над другом?
38. Раздражительны ли Вы?
39. Нравится ли Вам работа, требующая быстрого действия?
40. Верно ли, что Вам часто не дают покоя мысли о разных неприятностях и ужасах, которые могли бы произойти, хотя все кончилось благополучно?
41. Верно ли, что Вы неторопливы в движениях и несколько медлительны?
42. Опаздывали ли Вы когда-нибудь на работу или на встречу с кем-либо?
43. Часто ли Вам снятся кошмары?
44. Верно ли, что Вы так любите поговорить, что не упускаете любого удобного случая побеседовать с новым человеком?
45. Беспокоят ли Вас какие-нибудь боли?

46. Огорчились бы Вы, если бы долго не могли видиться со своими друзьями?
47. Можете ли Вы назвать себя нервным человеком?
48. Есть ли среди Ваших знакомых такие, которые Вам явно не нравятся?
49. Могли бы Вы сказать, что Вы уверенный в себе человек?
50. Легко ли Вас задевает критика Ваших недостатков или Вашей работы?
51. Трудно ли Вам получить настоящее удовольствие от мероприятий, в которых участвует много народа?
52. Беспокоит ли Вас чувство, что Вы чем-то хуже других?
53. Сумели бы Вы внести оживление в скучную компанию?
54. Бывает ли, что Вы говорите о вещах, в которых совсем не разбираетесь?
55. Беспокоитесь ли Вы о своем здоровье?
56. Любите ли Вы подшутить над другими?
57. Страдаете ли Вы бессонницей?

2. 9-я шкала Стандартизированного многофакторного метода исследования личности

Инструкция

Вам будет предъявлена целая серия разных утверждений. Оценивая каждое из них, не тратьте много времени на раздумья. Наиболее естественна – первая непосредственная реакция. Внимательно вчитывайтесь в текст, дочитывая до конца каждое утверждение и оценивая его все целиком как верное или неверное по отношению к Вам. Если Ваш ответ – **«Верно»**, поставьте крестик в регистрационном листе **над** соответствующим утверждению номером. Если Ваш ответ – **«Неверно»**, поставьте крестик **под** соответствующим номером.

Обращайте внимание на утверждения с двойными отрицаниями: например, «У меня никогда не было припадков с судорогами». Если не было, то Ваш ответ – «Верно», и наоборот, если это с Вами было, то Ваш ответ – «Неверно».

Некоторые утверждения в опроснике звучат так: «Обведите номер данного утверждения кружочком». В этом случае в регистрационном листе номер, соответствующий этому утверждению, следует обвести **кружочком** (это – для проверки Вашей внимательности).

Если некоторые утверждения вызывают большие сомнения, ориентируйтесь в Вашем ответе на то, что предположительно больше свойственно Вам. Если утверждение верно по отношению к Вам в одних ситуациях и неверно в других, остановитесь на том ответе, который больше подходит в настоящий момент. Лишь в крайнем случае, если утверждение к Вам вообще не подходит, Вы можете номер этого утверждения на регистрационном листе обвести **кружочком**, что равноценно ответу **«Не знаю»**. Однако избыток кружочков в регистрационном листе приведет к недостоверности результатов.

Старайтесь отвечать искренно, иначе Ваши ответы будут распознаны как недостоверные и опрос придется повторить. Отвечая на разные пункты опросника, попытайтесь понять – «Какой (какая) я на самом деле?». Тогда полученные данные могут быть использованы с положительным эффектом для Вас. Результаты обследования не

направлены на оценку Вашей личности с точки зрения «плохой» Вы человек или «хороший»: выявляются лишь особенности Вашего темперамента и Ваши профессионально важные качества.

Текст опросника

1. Я верю, что сны всегда сбываются
2. Работа дается мне ценой значительного напряжения
3. Временами мне очень хотелось покинуть дом
4. Временами у меня бывают приступы смеха или плача, которые я не могу контролировать
5. Мне часто приходилось выполнять указания лиц, знавших меньше меня
6. Временами я так настаиваю на своем, что окружающие теряют терпение
7. Я значительная личность
8. Временами я испытываю непреодолимую потребность причинить кому-нибудь вред или сделать что-либо неприличное
9. Я встречал проблемы с таким множеством решений, что мне трудно было остановиться на одном из них
10. Я считаю, что женщина в половом отношении должна иметь такую же свободу, как и мужчина
11. Иногда, когда я себя плохо чувствую, я бываю раздражительным
12. Некоторые люди так любят командовать, что мне хочется все сделать наоборот, даже если я знаю, что они правы
13. Я никогда не шел на опасное дело ради сильных впечатлений
14. Моя речь такая же, как всегда (не быстрее, не медленнее, без хрипоты и затруднений в произношении)
15. Мои манеры за столом у себя дома не так хороши, как в гостях
16. Я знаю, кто виноват в большинстве моих неприятностей (не имея в виду себя)
17. Временами мои мысли текут быстрее, чем я успеваю их высказывать
18. В детстве я был в такой компании, где все во всем стояли друг за друга
19. Я теряю терпение с людьми, которые обращаются за советом или как-нибудь иначе отвлекают меня во время серьезной работы
20. У меня бывают такие состояния, когда я не осознаю, что делаю
21. Я считаю, что меня часто незаслуженно наказывали
22. Мне страшно смотреть вниз с высоты
23. Меня бы не стало волновать, если бы кто-нибудь из членов моей семьи оказался в положении нарушившего закон
24. Мне бывает неудобно дурачиться на вечеринке, даже если все остальные это делают
25. Мне трудно поддерживать разговор с людьми, с которыми я только что познакомился
26. Когда мне скучно, я стараюсь устроить что-нибудь веселое
27. У меня бывали приступы, во время которых я не управлял своими движениями и речью, но понимал, что происходит вокруг
28. Мои родные обращаются со мной как с ребенком, а не как со взрослым
29. Мне не трудно просить об услуге моих друзей, даже если я не могу ответить им тем же
30. У некоторых членов моей семьи есть привычки, которые меня очень раздражают и надоедают мне
31. Временами я чувствую, что мне необыкновенно легко принимать решения

32. Я наметил себе жизненную программу, основанную на чувстве долга и ответственности, и стараюсь ее выполнять

33. Иногда я не уступаю людям не потому, что дело действительно важное, а просто из принципа

34. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, когда я не могу долго усидеть на одном месте

35. Моя внешность никогда не вызывает у меня беспокойства

36. Я не осуждаю того, кто стремится урвать от жизни все, что только может

37. У меня бывали такие состояния, когда мои действия были прерваны и я не понимал, что происходит вокруг меня

38. У меня повышенная потливость, даже при прохладной погоде

39. Номер данного пункта следует обвести кружком

40. Когда я нахожусь среди людей, мне трудно подобрать тему для разговора

41. Испорченное настроение мне всегда легко исправить чем-нибудь интересным

42. Я не осуждаю человека за обман тех, кто легко позволяет себя обманывать

43. Иногда меня так забавляет ловкость мошенника, что мне хочется, чтобы ему повезло

44. Я ежедневно выпиваю необычайно большое количество воды

45. Меня возмущает, что преступника по каким-либо причинам могут освободить, и он остается безнаказанным благодаря ловким аргументам адвоката

46. Когда несколько человек попадают в неприятную историю, им лучше условиться, что говорить, а потом всем придерживаться одной линии

3. Опросник личностных убеждений Бека

Прочтите утверждения ниже и оцените, НАСКОЛЬКО ВЫ СОГЛАСНЫ С КАЖДЫМ ИЗ НИХ. Для этого обведите соответствующую цифру в колонках справа:

4 - Я полностью уверен в этом

3 - Я уверен в этом

2 - Я сомневаюсь в этом

1 - Я не уверен в этом

0 - Я в этом совершенно не уверен

Постарайтесь оценить, насколько ОБЫЧНО Вы уверены в каждом из этих утверждений, даже если пункты не соответствуют полностью Вашей ситуации.

№	Пункты	4	3	2	1	0
		Полностью уверен	В большой степени	Сомневаюсь	Не уверен	Совершенно не уверен
1	В общении я чувствую себя неуместным и нежеланным как в компаниях, так и на работе.	4	3	2	1	0

№	Пункты	4 Пол- ностью уверен	3 В большой степени	2 Сом- неваюсь	1 Не уверен	0 Совершен- но не уверен
2	Другие люди обычно настроены критично, равнодушны, пренебрежительно ко мне относятся или отвергают меня.	4	3	2	1	0
3	Я не выношу неприятных переживаний.	4	3	2	1	0
4	Если я позволю людям приблизиться ко мне, они узнают, какой я на самом деле и отвернутся от меня.	4	3	2	1	0
5	Выглядеть хуже других или обнаружить свою некомпетентность непереносимо для меня.	4	3	2	1	0
6	Мне стоит избегать неприятных ситуаций любой ценой.	4	3	2	1	0
7	Если я почувствовал или подумал о чем-нибудь неприятном, я должен попытаться выбросить это из головы или отвлечься (например, подумать о чем-то другом, выпить, принять успокоительное средство, или посмотреть телевизор).	4	3	2	1	0
8	Мне стоит избегать ситуаций, в которых привлекаю внимание, и оставаться настолько незаметным, насколько это возможно.	4	3	2	1	0
9	Неприятные эмоции накапливаются и могут выйти из-под контроля.	4	3	2	1	0
10	Если окружающие критикуют меня, наверное, они правы.	4	3	2	1	0
11	Лучше вообще не начинать дело, чем попробовать что-то и потерпеть неудачу.	4	3	2	1	0
12	Если я не буду думать о проблеме, не нужно будет ее решать.	4	3	2	1	0
13	Любые признаки напряженности в отношениях означают, что отношения не сложились, поэтому их нужно прекратить.	4	3	2	1	0
14	Если я проигнорирую проблему, то она исчезнет сама.	4	3	2	1	0
15	Я слабый человек и нуждаюсь в других.	4	3	2	1	0
16	Мне постоянно нужен кто-то рядом, чтобы помогать мне в делах или на случай, если произойдет что-то плохое.	4	3	2	1	0
17	Тот, кто помогает мне, может быть заботливым,	4	3	2	1	0

№	Пункты	4 Пол- ностью уверен	3 В большой степени	2 Сом- неваюсь	1 Не уверен	0 Совершен- но не уверен
	внимательным и уверенным – если захочет.					
18	Я беспомощен, когда вынужден полагаться только на себя.	4	3	2	1	0
19	Я всегда чувствую себя одиноким, если со мной рядом нет сильной личности.	4	3	2	1	0
20	Самое плохое, что может произойти, - это если меня бросят.	4	3	2	1	0
21	Если меня не будут любить, я буду всегда несчастлив.	4	3	2	1	0
22	Я ни в коем случае не должен обидеть человека, который меня поддерживает или помогает мне.	4	3	2	1	0
23	Я должен быть покорным и услужливым, чтобы сохранить хорошее отношение человека, который меня поддерживает или помогает мне.	4	3	2	1	0
24	Я должен всегда иметь возможность связаться с этим человеком.	4	3	2	1	0
25	Я должен поддерживать как можно более близкие отношения с с этим человеком.	4	3	2	1	0
26	Я не могу самостоятельно принимать решения.	4	3	2	1	0
27	У меня не получается справляться с трудностями так же хорошо, как это делают другие.	4	3	2	1	0
28	Мне нужна помощь других, чтобы принимать решения или чтобы мне сказали, что делать.	4	3	2	1	0
29	Я самодостаточен, но мне все-таки нужны другие люди, чтобы помочь мне достичь моих целей.	4	3	2	1	0
30	Единственный способ, каким я могу сохранить чувство собственного достоинства – непрямой; например, не выполняя чужие инструкции в точности.	4	3	2	1	0
31	Мне нравятся близкие отношения с людьми, но я не собираюсь ради этого позволять другим распоряжаться мной.	4	3	2	1	0
32	Люди, которые выше меня по статусу, обычно чрезмерно настойчивые, требовательные, назойливые и пытаются меня излишне контролировать.	4	3	2	1	0

№	Пункты	4 Пол- ностью уверен	3 В большой степени	2 Сом- неваюсь	1 Не уверен	0 Совершен- но не уверен
33	Я должен противостоять доминированию вышестоящих, не потеряв при этом их одобрения и признания.	4	3	2	1	0
34	Когда люди контролируют или распоряжаются тобой, это невыносимо.	4	3	2	1	0
35	Я все делаю по-своему.	4	3	2	1	0
36	Выполнение работы в срок, соблюдение требований и подчинение условиям и ожиданиям окружающих подрывают мою гордость и удовлетворение собой.	4	3	2	1	0
37	Если я буду следовать правилам так, как ожидают от меня окружающие, это лишит меня свободы действия	4	3	2	1	0
38	Вместо того, чтобы выражать свой гнев напрямую, лучше показать своё недовольствие посредством неподчинения правилам.	4	3	2	1	0
39	Я сам знаю, что для меня лучше всего, и окружающие не могут указывать мне, что делать.	4	3	2	1	0
40	Правила – это условности, сковывающие меня.	4	3	2	1	0
41	Окружающие часто слишком требовательны ко мне.	4	3	2	1	0
42	Если мне кажется, что кто-то ведет себя чересчур надменно, у меня есть полное право игнорировать его требования.	4	3	2	1	0
43	Я несу полную ответственность за себя и окружающих.	4	3	2	1	0
44	Я могу полагаться только на себя, чтобы быть уверенным, что все будет сделано.	4	3	2	1	0
45	Окружающие часто слишком легкомысленны, нередко безответственны, некомпетентны и склонны потворствовать своим слабостям.	4	3	2	1	0
46	Важно выполнять безупречно любую работу.	4	3	2	1	0
47	Мне необходимы порядок, система и правила, чтобы дело было сделано должным образом.	4	3	2	1	0
48	Если я не буду действовать систематично, всё	4	3	2	1	0

№	Пункты	4 Пол- ностью уверен	3 В большой степени	2 Сом- неваюсь	1 Не уверен	0 Совершен- но не уверен
	развалится.					
49	Любое упущение или недостаток в выполнении дела может привести к катастрофе.	4	3	2	1	0
50	Необходимо все время придерживаться самых высоких стандартов, иначе все рухнет.	4	3	2	1	0
51	Мне необходимо полностью контролировать свои эмоции.	4	3	2	1	0
52	То, как веду дела я, может служить образцом для других людей.	4	3	2	1	0
53	Если я не работаю на пределе своих возможностей, меня ждет провал.	4	3	2	1	0
54	Упущения, недочеты и ошибки в работе совершенно неприемлемы.	4	3	2	1	0
55	Детали чрезвычайно важны.	4	3	2	1	0
56	Мой способ что-то делать, как правило, лучший.	4	3	2	1	0
57	Я должен постоянно контролировать себя.	4	3	2	1	0
58	Лучший способ добиться цели – сила или хитрость.	4	3	2	1	0
59	Мы живем в «джунглях», и здесь выживает сильнейший.	4	3	2	1	0
60	Люди будут использовать меня, если я не начну использовать их первым.	4	3	2	1	0
61	Сдерживать обещание или данную клятву не обязательно.	4	3	2	1	0
62	Обман и жульничество неплохи, если вас не поймали на этом	4	3	2	1	0
63	Со мной несправедливо обошлись, и поэтому я имею право получить свое любым доступным мне способом.	4	3	2	1	0
64	Другие люди слабы и заслуживают того, чтобы ими управляли.	4	3	2	1	0
65	Если я не буду помыкать другими людьми, они начнут помыкать мной.	4	3	2	1	0
66	Я могу делать все, что захочу, если мне не	4	3	2	1	0

№	Пункты	4 Пол- ностью уверен	3 В большой степени	2 Сом- неваюсь	1 Не уверен	0 Совершен- но не уверен
	придется отвечать за это.					
67	Мне совершенно неважно, что окружающие обо мне думают.	4	3	2	1	0
68	Если я чего-то хочу, я сделаю все необходимое, чтобы это получить.	4	3	2	1	0
69	Мне все сходит с рук, поэтому мне не нужно беспокоиться о последствиях.	4	3	2	1	0
70	Если люди не могут сами о себе позаботиться, это их проблемы.	4	3	2	1	0
71	Я особенный человек.	4	3	2	1	0
72	Мое превосходство дает мне право на особое отношение и особые привилегии.	4	3	2	1	0
73	Я не обязан придерживаться всех тех правил, которым следуют другие люди.	4	3	2	1	0
74	Очень важно быть признанным и вызывать восхищение.	4	3	2	1	0
75	Если другие не уважают моего положения, они должны быть наказаны.	4	3	2	1	0
76	Окружающие должны удовлетворять мои потребности.	4	3	2	1	0
77	Окружающим следует понимать, насколько я особенный.	4	3	2	1	0
78	Для меня непереносимо, если я не получаю должного уважения и всего того, что принадлежит мне по праву.	4	3	2	1	0
79	Другие люди не заслуживают того восхищения и богатства, которые они получают.	4	3	2	1	0
80	У других людей нет никакого права критиковать меня.	4	3	2	1	0
81	Ничьи потребности не могут быть важнее моих собственных.	4	3	2	1	0
82	Поскольку я действительно одарен, люди должны способствовать развитию моей карьеры, даже если им приходится для этого менять свои планы.	4	3	2	1	0
83	Только люди, столь же выдающиеся, как я,	4	3	2	1	0

№	Пункты	4 Пол- ностью уверен	3 В большой степени	2 Сом- неваюсь	1 Не уверен	0 Совершен- но не уверен
	понимают меня.					
84	У меня есть все основания ожидать чего-то грандиозного.	4	3	2	1	0
85	Я интересная, яркая личность.	4	3	2	1	0
86	Чтобы быть счастливым, мне нужно, чтобы другие люди обращали на меня внимание.	4	3	2	1	0
87	Если мне не удастся произвести впечатление или заинтересовать людей, я ничтожество.	4	3	2	1	0
88	Если я не буду постоянно интересовывать людей в себе, они не будут любить меня.	4	3	2	1	0
89	Я получаю желаемое, изумляя и развлекая других людей	4	3	2	1	0
90	Если люди не реагируют на меня положительно, они отвратительны.	4	3	2	1	0
91	Это ужасно, когда люди меня игнорируют.	4	3	2	1	0
92	Я должен быть в центре внимания.	4	3	2	1	0
93	Мне не нужно тратить время, продумывая все до мелочей, – я могу положиться на интуицию.	4	3	2	1	0
94	Если я буду как-то развлекать людей, они не заметят моих слабостей.	4	3	2	1	0
95	Я не могу выносить скуку.	4	3	2	1	0
96	Если мне хочется что-то сделать, я пойду и сделаю это.	4	3	2	1	0
97	Люди обратят на меня внимание, только если я сделаю что-то из ряда вон выходящее.	4	3	2	1	0
98	Чувства и интуиция гораздо важнее рационального мышления и планирования.	4	3	2	1	0
99	Мне неважно, что окружающие думают обо мне.	4	3	2	1	0
100	Для меня важно быть свободным и независимым от других.	4	3	2	1	0
101	Мне больше нравится делать что-то в одиночку, нежели с другими людьми.	4	3	2	1	0

№	Пункты	4 Пол- ностью уверен	3 В большой степени	2 Сом- неваюсь	1 Не уверен	0 Совершен- но не уверен
102	Во многих ситуациях я предпочитаю уйти, только чтобы меня оставили в покое.	4	3	2	1	0
103	Мнение окружающих не влияет на принимаемые мной решения.	4	3	2	1	0
104	Для меня не важны близкие отношения с другими людьми.	4	3	2	1	0
105	Я сам устанавливаю для себя стандарты и цели.	4	3	2	1	0
106	Мое личное пространство значительно важнее для меня, чем близость с другими людьми.	4	3	2	1	0
107	Для меня не имеет значения, что думают другие.	4	3	2	1	0
108	Я могу со всем справиться сам, без чьей-либо помощи.	4	3	2	1	0
109	Лучше быть одному, чем чувствовать себя «завязшим» в отношениях с другими людьми.	4	3	2	1	0
110	Мне не стоит доверяться другим.	4	3	2	1	0
111	Я могу использовать других людей в своих целях, только до тех пор пока я не начинаю испытывать к ним чувств.	4	3	2	1	0
112	Отношения с другими людьми вызывают дискомфорт и лишают меня свободы.	4	3	2	1	0
113	Я не могу доверять другим людям.	4	3	2	1	0
114	У всех людей есть скрытые мотивы.	4	3	2	1	0
115	Окружающие постараются использовать меня и манипулировать мной, если я не буду начеку.	4	3	2	1	0
116	Я должен всегда сохранять бдительность.	4	3	2	1	0
117	Доверяться другим людям небезопасно.	4	3	2	1	0
118	Если люди ведут себя дружелюбно, они, возможно, пытаются использовать меня.	4	3	2	1	0
119	Люди будут использовать меня в своих интересах, если я предоставлю им эту возможность.	4	3	2	1	0
120	Как правило, другие люди настроены недружелюбно.	4	3	2	1	0

№	Пункты	4 Пол- ностью уверен	3 В большой степени	2 Сом- неваюсь	1 Не уверен	0 Совершен- но не уверен
121	Окружающие нарочно постараются унизить меня.	4	3	2	1	0
122	Часто люди нарочно раздражают меня.	4	3	2	1	0
123	У меня могут быть большие неприятности, если я позволю людям считать, что они могут плохо обойтись со мной и остаться безнаказанными.	4	3	2	1	0
124	Если другие люди узнают что-то обо мне, они используют это против меня.	4	3	2	1	0
125	Люди часто говорят одно, а думают другое.	4	3	2	1	0
126	Близкий мне человек может оказаться неверным или предать меня.	4	3	2	1	0

4. 16-факторный личностный опросник Кеттелла

Инструкция

Эта программасодержит ряд вопросов, которые касаются некоторых особенностей Вашего поведенияхарактера.Каждый вопрос имеет три варианта ответов («а», «б», «в»).

Отвечать нужно следующим образом:

- сначала прочтите вопрос и варианты ответа на него,
- затем выберите один из трех предложенных вариантов ответов, отражающих Ваше мнение, и поставьте крестик в соответствующей графе в бланке ответов.

При ответе на вопросы всегда помните следующие правила:

1. Не тратьте много времени на обдумывание ответов. Давайте тот ответ, который первым приходит в голову. Конечно, вопросы часто будут не так конкретны, как Вам хотелось бы. В таком случае, отвечая, старайтесь представить, что в среднем более характерно для ситуации, о которой Вас спрашивают, и на основе этого выберите ответ. Отвечать надо как можно точнее, но не слишком медленно, приблизительно 5 – 6 вопросов в минуту.
2. Опросник содержит несколько логических вопросов, в которых Вы должны выбрать единственный правильный ответ.
3. Старайтесь не слишком часто использовать промежуточные ответы типа «не уверен», «нечто среднее» и т.д.
4. Давайте ответ на каждый вопрос, хоть какой-нибудь.
5. Отвечайте как можно искренней.

Текст опросника

1. Я хорошо понял инструкцию к этому опроснику:
 - а) да, б) не уверен, в) нет
2. Я готов как можно искренней ответить на вопросы:
 - а) да, б) не уверен, в) нет
3. Я предпочел бы иметь дачу:
 - а) в оживленном дачном поселке, б) нечто среднее, в) уединенную, в лесу
4. Я могу найти в себе достаточно сил, чтобы справиться с жизненными трудностями:
 - а) всегда, б) обычно, в) редко

5. При виде диких животных мне становится несколько не по себе, даже если они надежно заперты в клетках:
а) да, это верно, б) не уверен, в) нет, это неверно
6. Я воздерживаюсь от критики людей и их взглядов:
а) да, б) иногда, в) нет
7. Я делаю людям резкие, критические замечания, если мне кажется, что они этого заслуживают:
а) обычно, б) иногда, в) никогда не делаю
8. Я предпочитаю несложную классическую музыку современным популярным мелодиям:
а) верно, б) не уверен, в) неверно
9. Если бы я увидел ссорящихся не на шутку соседских детей:
а) я предоставил бы им самим выяснить свои отношения, б) не знаю, что предпринял бы, в) я постарался бы разобраться в их ссоре
10. На собраниях и в компаниях:
а) я легко выхожу вперед, б) верно нечто среднее, в) я предпочитаю держаться в стороне
11. По-моему, интереснее быть:
а) инженером-конструктором, б) не знаю, что предпочесть, в) драматургом
12. На улице я скорее остановлюсь, чтобы посмотреть, как работает художник, чем стану наблюдать за уличной ссорой:
а) да, это верно, б) не уверен, в) нет, это неверно
13. Обычно я спокойно переношу самодовольство людей, даже когда они хвастаются или другим образом показывают, что они высокого мнения о себе:
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
14. Если человек обманывает, я почти всегда могу заметить это по выражению его лица:
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
15. Я считаю, что самую скучную повседневную работу всегда нужно доводить до конца, даже если кажется, что в этом нет необходимости:
а) согласен, б) неуверен, в) не согласен
16. Я предпочел бы взяться за работу:
а) где можно много зарабатывать, если даже заработки непостоянны, б) не знаю, что выбрать, в) с постоянной, но относительно невысокой зарплатой
17. Я говорю о своих чувствах:
а) только в случае необходимости, б) верно нечто среднее, в) охотно, когда представляется возможность
18. Изредка я испытываю чувство внезапного страха или неопределенного беспокойства, сам не знаю отчего:
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
19. Когда меня несправедливо критикуют за то, в чем я не виноват:
а) никакого чувства вины у меня не возникает, б) верно нечто среднее, в) я все же чувствую себя немного виноватым
20. На работе у меня бывает больше затруднений с людьми, которые:
а) отказываются использовать современные методы, б) не знаю, что выбрать, в) постоянно пытаются что-то изменить в работе, которая итак идет нормально
21. Принимая решение, я руководствуюсь больше:
а) сердцем, б) сердцем и рассудком в равной мере, в) рассудком
22. Люди были бы счастливее, если бы они больше времени проводили в обществе своих друзей:
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
23. Строя планы на будущее, я часто рассчитываю на удачу:
а) да, б) затрудняюсь ответить, в) нет
24. Разговаривая, я склонен:
а) высказывать свои мысли сразу, как только они приходят, б) верно нечто среднее, в) прежде хорошенько собраться с мыслями
25. Даже если я чем-нибудь сильно взбешен, я успокаиваюсь довольно быстро:
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет

26. При равной продолжительности рабочего дня и одинаковой заработной плате мне было бы интереснее работать:
- а) столяром или поваром, б) не знаю, что выбрать, в) официантом в хорошем ресторане
27. У меня было:
- а) очень мало выборных должностей, б) несколько, в) много выборных должностей
28. Слово «лопата» так относится к слову «копать», как слово «нож» к слову:
- а) острый, б) резать, в) точить
29. Иногда какая-нибудь навязчивая мысль не дает мне заснуть:
- а) да, это верно, б) не уверен, в) нет, это неверно
30. В своей жизни я, как правило, достигаю тех целей, которые ставлю перед собой:
- а) да, это верно, б) не уверен, в) нет, это неверно
31. Устаревший закон должен быть изменен:
- а) только после основательного обсуждения, б) верно нечто среднее, в) немедленно
32. Мне становится не по себе, когда дело требует от меня быстрых действий, которые как-то влияют на других людей:
- а) да, это верно, б) верно нечто среднее, в) нет, это не верно
33. Большинство знакомых считают меня веселым собеседником:
- а) да, б) не уверен, в) нет
34. Когда я вижу неопрятных, неряшливых людей:
- а) меня это не волнует, б) верно нечто среднее, в) они вызывают у меня неприязнь и отвращение
35. Я слегка теряюсь, неожиданно оказавшись в центре внимания:
- а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
36. Я всегда рад присоединиться к большой компании, например: встретиться вечером с друзьями, пойти на танцы, принять участие в интересном общественном мероприятии.
- а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
37. В школе я предпочитал:
- а) уроки музыки (пения), б) затрудняюсь сказать, в) занятия в мастерских, ручной труд
38. Если меня назначают ответственным за что-либо, я настаиваю, чтобы мои распоряжения строго выполнялись, а иначе я отказываюсь от поручения:
- а) да, б) иногда, в) нет
39. Важнее, чтобы родители:
- а) способствовали тонкому развитию чувств у своих детей, б) нечто среднее, в) учили детей управлять своими чувствами
40. Участвуя в коллективной работе, я предпочел бы:
- а) попытаться внести улучшение в организацию работы, б) верно нечто среднее, в) вести записи и следить за тем, чтобы соблюдались правила
41. Время от времени я чувствую потребность заняться чем-нибудь, что требует значительных физических усилий,
- а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
42. Я предпочел бы общаться с людьми вежливыми и деликатными, чем с грубоватыми и прямолинейными
- а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
43. Когда меня критикуют на людях, это меня крайне угнетает
- а) да, это верно, б) верно нечто среднее, в) это неверно
44. Если меня вызывает к себе начальник, я:
- а) использую этот случай, чтобы попросить о том, что мне нужно, б) верно нечто среднее, в) беспокоясь, что сделал что-то не так
45. Я считаю, что люди должны очень серьезно подумать, прежде чем отказаться от опыта прошлых веков
- а) да, б) не уверен, в) нет
46. Читая что-либо, я всегда хорошо осознаю скрытое намерение автора убедить меня в чем-то
- а) да, б) не уверен, в) нет
47. Когда я учился в 7 – 10 классах, я участвовал в спортивной жизни школы:
- а) очень редко, б) от случая к случаю, в) довольно часто
48. Я поддерживаю дома хороший порядок и почти всегда знаю, что где лежит
- а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
49. Когда я думаю о том, что произошло в течение дня, я нередко испытываю беспокойство

- а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
50. Иногда я сомневаюсь, действительно ли люди, с которыми я беседую, интересуются тем, что я говорю
- а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
51. Если бы мне пришлось выбирать, я предпочел бы быть:
- а) лесничим, б) трудно выбрать, в) учителем старших классов
52. Ко дню рождения, к праздникам:
- а) я люблю делать подарки, б) затрудняюсь ответить, в) считаю, что покупка подарков – несколько неприятная обязанность
53. Слово «усталый» так относится к слову «работа», как слово «гордый» к слову:
- а) улыбка, б) успех, в) счастливый
54. Какое из данных слов не подходит к двум остальным:
- а) свеча, б) луна, в) лампа,
55. Мои друзья:
- а) меня не подводили, б) изредка, в) подводили довольно часто
56. У меня есть такие качества, по которым я определенно превосхожу других людей
- а) да, б) не уверен, в) нет
57. Когда я расстроен, я всячески стараюсь скрыть свои чувства от других
- а) да, это верно, б) верно нечто среднее, в) нет, это неверно
58. Мне хотелось бы ходить в кино, на разные представления и в другие места, где можно развлечься:
- а) чаще одного раза в неделю (чаще, чем большинство людей), б) примерно раз в неделю (как большинство), в) реже одного раза в неделю (реже, чем большинство)
59. Я думал, что личная свобода в поведении важнее хороших манер и соблюдения этикета
- а) да, б) не уверен, в) нет
60. В присутствии людей, более значительных, чем я (людей старше меня, или с большим опытом, или с более высоким положением), я склонен держаться скромно.
- а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
61. Мне трудно рассказать что-либо большой группе людей или выступить перед большой аудиторией
- а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
62. Я хорошо ориентируюсь в незнакомой местности: легко могу сказать, где север, где юг, где восток, где запад
- а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
63. Если бы кто-то разозлился на меня:
- а) я постарался бы его успокоить, б) не знаю, что бы я предпринял, в) это вызвало бы у меня раздражение
64. Когда я вижу статью, которую считаю несправедливой, я скорее склонен забыть об этом, чем с возмущением ответить автору
- а) да, это верно, б) не уверен, в) нет, это неверно
65. В моей памяти не задерживаются надолго несущественные мелочи, например, название улиц, магазинов.
- а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
66. Мне могла бы понравиться профессия ветеринара, который лечит и оперирует животных
- а) да, б) трудно сказать, в) нет
67. Я ем с наслаждением и не всегда столь тщательно забочусь о своих манерах, как это делают другие люди.
- а) да, это верно, б) не уверен, в) нет, это неверно
68. Бывают периоды, когда мне ни с кем не хочется встречаться
- а) очень редко, б) среднее между а) и в), в) довольно часто
69. Иногда мне говорят, что мой голос и вид слишком явно выдают мое волнение,
- а) да, б) среднее между а) и в), в) нет
70. Когда я был подростком и мое мнение расходилось с родительским, я обычно:
- а) оставался при своем мнении, б) среднее между а) и б), в) уступал, признавая их авторитет
71. Мне бы хотелось работать в отдельной комнате, а не вместе с коллегами
- а) да, б) не уверен, в) нет

72. Я предпочел бы жить тихо, так, как мне нравится, нежели быть предметом восхищения благодаря своим успехам
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
73. Во многих отношениях я считаю себя вполне зрелым человеком
а) это верно, б) не уверен, в) это неверно
74. Критика в том виде, в котором ее осуществляют многие люди, скорее выбивает меня из колеи, чем помогает
а) часто, б) изредка, в) никогда
75. Я всегда в состоянии строго контролировать проявление своих чувств
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
76. Если бы я сделал полезное изобретение, я предпочел бы:
а) работать над ним в лаборатории дальше, б) трудно выбрать, в) позаботиться о его практическом использовании
77. Слово «удивление» так относится к слову «необыкновенный», как слово «страх» к слову:
а) храбрый, б) беспокойный, в) ужасный
78. Какая из следующих дробей не подходит к двум остальным:
а) $3/7$, б) $3/9$, в) $3/11$
79. Мне кажется, что некоторые люди не замечают или избегают меня, хотя и не знаю, почему
а) верно, б) не уверен, в) неверно
80. Люди относятся ко мне менее доброжелательно, чем я того заслуживаю своим добрым к ним отношением
а) очень часто, б) иногда, в) никогда
81. Употребление нецензурных выражений мне всегда противно (даже если при этом нет лиц другого пола)
а) да, б) среднее между а) и в), в) нет
82. У меня, безусловно, меньше друзей, чем у большинства людей
а) да, б) среднее между а) и в), в) нет
83. Очень не люблю бывать там, где не с кем поговорить
а) верно, б) не уверен, в) неверно
84. Люди иногда называют меня легкомысленным, хотя и считают приятным человеком
а) да, б) среднее между а) и в), в) нет
85. В различных ситуациях в обществе я испытываю волнение, похожее на то, которое испытывает человек перед выходом на сцену
а) довольно часто, б) изредка, в) едва ли когда-нибудь
86. Находясь в небольшой группе людей, я довольствуюсь тем, что держусь в стороне и по большей части предоставляю говорить другим
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
87. Мне больше нравится читать:
а) реалистическое описание острых военных или политических конфликтов, б) не знаю, что выбрать, в) роман, возбуждающий воображение и чувства
88. Когда мною пытаются командовать, я нарочно делаю все наоборот
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
89. Если начальство или члены моей семьи в чем-то меня упрекают, то, как правило, только за дело
а) верно, б) нечто среднее между а) и в), в) неверно
90. Мне не нравится манера некоторых людей «установиться» и бесцеремонно смотреть на человека в магазине или на улице
а) верно, б) верно нечто среднее, в) неверно
91. Во время продолжительного путешествия я предпочел бы:
а) читать что-нибудь сложное, но интересное, б) не знаю, что выбрал бы, в) провести время, беседуя с попутчиком
92. В шутках о смерти нет ничего дурного или противного хорошему вкусу
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет, не согласен
93. Если мои знакомые плохо обращаются со мной и не скрывают своей неприязни:
а) это несколько меня не угнетает, б) верно нечто среднее, в) я падаю духом
94. Мне становится не по себе, когда мне говорят комплименты и хвалят в лицо
а) верно, б) верно нечто среднее, в) неверно

95. Я предпочел бы иметь работу
а) с четко определенным и постоянным заработком, б) верно нечто среднее, в) с более высокой зарплатой, которая бы зависела от моих усилий и продуктивности
96. Мне легче решить трудный вопрос или проблему:
а) если я обсуждаю их с другими, б) верно нечто среднее, в) если я обдумываю их в одиночестве
97. Я охотно участвую в общественной жизни, в работе разных комиссий и т.д.
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
98. Выполняя какую-либо работу, я не успокаиваюсь, пока не будут учтены даже самые незначительные детали
а) верно, б) среднее между а) и в), в) нет
99. Иногда совсем незначительные препятствия очень сильно раздражают меня
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
100. Я сплю крепко, никогда не разговариваю во сне
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
101. Если бы я работал в хозяйственной сфере, мне было бы интереснее:
а) работать с клиентами, б) нечто среднее, в) работать с документацией
102. Слово «размер» так относится к слову «длина», как слово «нечестный» к слову:
а) тюрьма, б) грешный, в) укравший
103. АБ так относятся к ГВ, как СР к:
а) ПО, б) ОП, в) ТУ
104. Когда люди ведут себя неблагоприятно и безрассудно:
а) я отношусь к этому спокойно, б) верно нечто среднее, в) испытываю к ним чувство презрения
105. Когда я слушаю музыку, а рядом громко разговаривают:
а) это мне не мешает, я могу сосредоточиться, б) верно нечто среднее, в) это портит мне все удовольствие и злит меня
106. Думаю, что обо мне правильнее сказать, что я:
а) вежливый и спокойный, б) верно нечто среднее, в) энергичный и напористый
107. Я считаю, что:
а) жить нужно по принципу «делу – время, потехе – час», б) нечто среднее между а) и в), в) жить нужно весело, не особенно заботясь о завтрашнем дне
108. Лучше быть осторожным и ожидать малого, чем заранее радоваться, в глубине души предвкушая успех
а) согласен, б) не уверен, в) не согласен
109. Если я задумываюсь о возможных трудностях в своей работе:
а) я стараюсь заранее придумать, как с ними справиться, б) верно нечто среднее, в) думаю, что справлюсь с ними, когда они появятся
110. Я легко осваиваюсь в любом обществе:
а) да, б) не уверен, в) нет
111. Когда нужно немного дипломатии и умения убедить людей в чем-нибудь, обычно обращаются ко мне
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
112. Мне было бы интереснее:
а) консультировать молодых людей, помогать им в выборе работы, б) затрудняюсь ответить, в) работать инженером-экономистом
113. Если я абсолютно уверен, что человек поступает несправедливо или эгоистично, я заявляю ему об этом, даже если это грозит мне некоторыми неприятностями
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
114. Иногда я в шутку делаю какое-нибудь дурашливое замечание только для того, чтобы удивить людей и посмотреть, что они на это скажут
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
115. Я бы с удовольствием работал в газете обозревателем театральных постановок, концертов и т.д.
а) да, б) не уверен, в) нет
116. Если мне приходится долго сидеть на собрании, не разговаривая и не двигаясь, я никогда не испытываю потребности рисовать что-либо и ездить на стуле
а) согласен, б) не уверен, в) не согласен

117. Если мне кто-то говорит то, что, как мне известно, не соответствует действительности, я скорее подумаю:
а) «Он - лжец», б) верно нечто среднее, в) «Видимо, его неверно информировали»
118. Предчувствие, что меня ожидает какое-то наказание, даже если я не сделал ничего дурного, возникает у меня:
а) часто, б) иногда, в) никогда
119. Мнение, что болезни вызываются психическими причинами в той же мере, что и физическими (телесными), значительно преувеличено
а) часто, б) иногда, в) никогда
120. Торжественность, красочность должны обязательно сохраняться в любой важной государственной церемонии
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
121. Мне неприятно, если люди считают, что я слишком невыдержан и пренебрегаю правилами приличия
а) очень, б) немного, в) совсем не беспокоит
122. Работая над чем-то, я предпочел бы делать это:
а) в коллективе, б) не знаю, что выбрал бы, в) самостоятельно
123. Бывают периоды, когда трудно удержаться от чувства жалости к самому себе
а) часто, б) иногда, в) никогда
124. Зачастую люди слишком быстро выводят меня из себя
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
125. Я всегда могу без особых трудностей избавиться от старых привычек и не возвращаться к ним больше
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
126. При одинаковой зарплате я предпочел бы быть:
а) адвокатом, б) затрудняюсь выбрать, в) штурманом или летчиком
127. Слово «лучше» так относится к слову «наихудший», как слово «медленнее» к слову:
а) скорый, б) наилучший, в) быстрее
128. Какое из следующих сочетаний , знаков должно продолжить этот ряд:
XOOOXXOOOXXX?
а) OXXX, б) OOXX, в)XOOO
129. Когда приходит время для осуществления того, что я заранее планировал ,и ждал, я иногда чувствую себя не в состоянии это сделать
а) согласен, б) верно нечто среднее, в) не согласен
130. Обычно я могу сосредоточенно работать, не обращая внимания на то, что люди вокруг меня шумят
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
131. Бывает, что я говорю незнакомым людям о вещах, которые кажутся мне важными, независимо от того, спрашивают меня об этом или нет
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
132. Я провожу много свободного времени, беседуя с друзьями о тех приятных событиях, которые мы вместе пережили когда-то
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
133. Мне доставляет удовольствие совершать рискованные поступки только ради забавы
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
134. Меня очень раздражает вид неубранной комнаты
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
135. Я считаю себя очень общительным (открытым) человеком.
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
136. В общении с людьми
а) я не стараюсь сдерживать свои чувства, б) верно нечто среднее, в) я скрываю свои чувства
137. Я люблю музыку
а) легкую, живую, холодноватую, б) верно нечто среднее, в) эмоционально насыщенную и сентиментальную
138. Меня больше восхищает красота стиха, чем красота и совершенство оружия

а) да, б) не уверен, в) нет

139. Если мое удачное замечание отсталось незамеченным:

а) я не повторяю его, б) затрудняюсь ответить, в) повторяю свое замечание снова

140. Мне бы хотелось вести работу среди несовершеннолетних правонарушителей, освобожденных на поруки:

а) да, б) не уверен, в) нет

141. Для меня более важно:

а) сохранять хорошее отношение с людьми, б) верно нечто среднее, в) свободно выражать свои чувства

142. В туристском путешествии я предпочел бы придерживаться программы, составленной специалистами, нежели самому планировать свой маршрут

а) да, б) не уверен, в) нет

143. Обо мне справедливо думают, что я упорный и трудолюбивый человек, но успехов добиваюсь редко.

а) да, б) не уверен, в) нет

144. Если люди злоупотребляют моим расположением к ним, я не обижаюсь и быстро забываю об этом

а) согласен, б) не уверен, в) нет

145. Если бы в группе разгорелся жаркий спор:

а) мне было бы любопытно, кто выйдет победителем, б) верно нечто среднее, в) я бы очень хотел, чтобы все закончилось мирно

146. Я предпочитаю планировать свои дела сам, без постоянного вмешательства и чужих советов

а) да, б) верно нечто среднее, в) нет

147. Иногда чувство зависти влияет на мои поступки

а) да, б) верно нечто среднее, в) нет

148. Я твердо убежден, что начальник может быть не всегда прав, но он всегда имеет право настоять на своем

а) да, б) не уверен, в) нет

149. Я начинаю нервничать, когда задумываюсь обо всем, что меня ожидает

а) да, б) иногда, в) нет

150. Если я участвую в какой-нибудь игре, а окружающие громко высказывают свои соображения, меня это не выводит из равновесия

а) согласен, б) не уверен, в) не согласен

151. Мне кажется, интереснее быть:

а) художником, б) не знаю, что выбрать, в) директором театра или киностудии

152. Какое из следующих слов не подходит к двум остальным:

а) какой-либо, б) несколько, в) большая часть

153. Слово «пламя» так относится к слову «жара», как слово «роза» к слову:

а) шипы, б) красные лепестки, в) запах

154. У меня бывают такие волнующие сны, что я просыпаюсь:

а) часто, б) изредка, в) практически никогда

155. Даже если многое против успеха какого-либо начинания, я все-таки считаю, что стоит рискнуть

а) да, б) верно нечто среднее, в) нет

156. Мне нравится ситуации, в которых я невольно оказываюсь в роли руководителя, потому что лучше всех знаю, что должен делать коллектив

а) да, б) верно нечто среднее, в) нет

157. Я предпочел бы одеваться скорее скромно, так как все, чем броско и оригинально

а) согласен, б) не уверен, в) не согласен

158. Вечер, проведенный за любимым занятием, привлекает меня больше, чем оживленная вечеринка

а) согласен, б) не уверен, в) не согласен

159. Порой я пренебрегаю добрым советом людей, хотя и знаю, что не должен бы этого делать

а) изредка, б) вряд ли когда-нибудь, в) никогда

160. Принимая решения, я считаю для себя обязательным учитывать основные нормы поведения: «что такое хорошо и что такое плохо»
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
161. Мне не нравится, когда люди смотрят, как я работаю
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
162. Не всегда можно осуществить что-либо постепенными, умеренными методами, иногда необходимо применить силу
а) согласен, б) верно нечто среднее, в) не согласен
163. В школе я предпочитал
а) русский язык, б) трудно сказать, в) математику и арифметику
164. Иногда у меня бывали огорчения из-за того, что люди говорили обо мне дурно за глаза без всяких на то оснований
а) да, б) затрудняюсь ответить, в) нет
165. Разговоры с людьми заурядными, связанными условностями и своими привычками:
а) часто бывают весьма интересны и содержательны, б) верно нечто среднее, в) раздражают меня, так как беседа вертится вокруг пустяков и ее недостает глубины
166. Некоторые вещи вызывают во мне такой гнев, что я предпочитаю вообще о них не говорить
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
167. В воспитании важнее:
а) окружить ребенка любовью и заботой, б) верно нечто среднее, в) выработать у ребенка желательные навыки и взгляды
168. Люди считают меня спокойным, уравновешенным человеком, который остается невозмутимым при любых обстоятельствах
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
169. Я думаю, что наше общество, руководствуясь целесообразностью, должно создавать новые обычаи и отбрасывать в сторону старые привычки и традиции
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
170. У меня бывали неприятные случаи из-за того, что, задумавшись, я становился невнимательным
а) едва ли когда-нибудь, б) верно нечто среднее, в) несколько раз
171. Я лучше усваиваю материал:
а) читая хорошо написанную книгу, б) верно нечто среднее, в) участвуя в коллективном обсуждении
172. Я предпочитаю действовать по-своему, вместо того чтобы придерживаться общепринятых правил
а) согласен, б) не уверен, в) не согласен
173. Прежде чем высказать свое мнение, я предпочитаю подождать, пока не буду полностью уверен в своей правоте
а) всегда, б) обычно, в) только если это практически возможно
174. Иногда мелочи нестерпимо действуют на нервы, хотя я и понимаю, что это пустяки
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
175. Я не часто говорю под влиянием момента такое, о чем мне позже приходится пожалеть
а) согласен, б) не уверен, в) не согласен
176. Если бы меня попросили организовать сбор денег на подарок кому-нибудь или участвовать в организации юбилейного торжества
а) я согласился бы, б) не знаю, что сделал бы, в) сказал бы, что, к сожалению, очень занят
177. Какое из следующих слов не подходит к двум остальным
а) широкий, б) зигзагообразный, в) прямой
178. Слово «скоро» так относится к слову «никогда», как слово «близко» к слову:
а) нигде, б) далеко, в) прочь
179. Если я совершал какой-то промах в обществе, я довольно быстро забываю об этом
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
180. Окружающим известно, что у меня много разных идей и я почти всегда могу предложить какое-то решение проблемы
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет

181. Пожалуй, для меня более характерна:
а) нервозность при встрече с неожиданными трудностями, б) не знаю, что выбрать, в) терпимость к желаниям (требованиям) других людей
182. Меня считают очень восторженным человеком
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
183. Мне нравится работа разнообразная, связанная с частыми переменами и поездками, даже если она немного опасна
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
184. Я человек пунктуальный и всегда настаиваю на том, чтобы все выполнялось как можно точнее
а) согласен, б) верно нечто среднее, в) не согласен
185. Мне доставляет удовольствие работа, которая требует особой добросовестности и тонкого мастерства
а) да, б) верно нечто среднее, в) нет
186. Я принадлежу к числу энергичных людей, которые всегда чем-то заняты
а) да, б) не уверен, в) нет
187. Я добросовестно ответил на все вопросы и ни одного не пропустил
а) да, б) не уверен, в) нет

Внимательно посмотрите в бланк ответов и убедитесь в том,
что дан ответ на каждый вопрос

Бланк ответов

	Форма									Опрашиваемый														
	А	Б	В	А	Б	В	А	Б	В	А	Б	В	А	Б	В	А	Б	В	А	Б	В			
1				26			51			76			101			126			151			176		
2				27			52			77			102			127			152			177		
3				28			53			78			103			128			153			178		
4				29			54			79			104			129			154			179		
5				30			55			80			105			130			155			180		
6				31			56			81			106			131			156			181		
7				32			57			82			107			132			157			182		
8				33			58			83			108			133			158			183		
9				34			59			84			109			134			159			184		
10				35			60			85			110			135			160			185		
11				36			61			86			111			136			161			186		
12				37			62			87			112			137			162			187		
13				38			63			88			113			138			163					
14				39			64			89			114			139			164					
15				40			65			90			115			140			165					
16				41			66			91			116			141			166					
17				42			67			92			117			142			167					
18				43			68			93			118			143			168					
19				44			69			94			119			144			169					
20				45			70			95			120			145			170					
21				46			71			96			121			146			171					
22				47			72			97			122			147			172					
23				48			73			98			123			148			173					
24				49			74			99			124			149			174					
25				50			75			100			125			150			175					