

УДК 616.89

Невротическая депрессия: проблема нозологической квалификации**Neurotic depression: the problem of nosological qualification**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-81-6-19>Сорокина О.Ю.¹, Волель Б.А.^{1,2}¹ ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия² ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, РоссияSorokina O.Yu.¹, Volel B.A.^{1,2}¹ FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia² FSAEI HE I.M. Sechenov First MSMU MOH Russia (Sechenovskiy University), Moscow, Russia

Цель работы: исследование клинических характеристик, динамики нозологической квалификации и факторов, соучаствующих в формировании невротической депрессии.

Материал и методы: обследованы 60 пациентов (женщин — 55, мужчин — 5), средний возраст которых составлял 36,9 ± 10,8 года, средняя длительность депрессивных фаз — 18,1 ± 10,8 мес. Исследование проводилось с использованием клинического, катамнестического, патопсихологического, статистического методов. Применялись психометрические методики (HAM-D, MFI-20, SANS, PANSS) и опросники (ОЧХ-В, SPQ-A, SCL-90, опросник Холмса–Рея).

Результаты: объединяемые термином «невротическая депрессия» состояния клинически неоднородны (депрессии с явлениями виктимизации со страхом сепарации и депрессии с привязанностью, формирующейся при явлениях эротомании), в первую очередь по содержанию кататимного комплекса (тревожно-фобический и сверхценный кататимный комплекс). Различия в структуре денотата соотносились с гетерогенностью клинических проявлений и динамики депрессий. Клиническая картина невротических депрессий у пациентов первой группы подвергалась трансформации: происходила смена первоначально доминировавшей тревоги явлениями негативной аффективности (апатия, ангедония), а также приобретение эндоформных черт (тоска, патологический суточный ритм). Помимо выявляемой у 38,2% аффективной патологии, у 61,8% пациентов данной группы установлен диагноз расстройств шизофренического спектра. При этом невротические депрессии с явлениями эротомании со сверхценной привязанностью в большинстве своем (76,9%) не выходили за рамки аффективных фаз невротического регистра, реализующихся на траектории расстройств личности. Установлено, что основной для всех пациентов личностной дименсией, соучаствующей в формировании невротической депрессии, являлся феномен виктимизации, характеризующий способность пациентов оказываться и длительно пребывать в психотравмирующей (фрустрирующей) обстановке. Помимо этого, выявлено, что наряду с характерологическими особенностями кластеров В и С (DSM-5), у 83,3% пациентов определяются преморбидные черты, присущие кластеру А.

Выводы: неоднородность денотата невротической депрессии определяла различия в клинической картине, динамике (с разным социальным и трудовым прогнозом). Установлена нозологическая гетерогенность состояний, объединяемых термином «невротическая депрессия»: наравне с аффективной патологией выявлялся диагноз расстройства личности и заболеваний шизофренического спектра. Структура кататимного комплекса также взаимосвязана с разной личностной предиспозицией с чувствительностью к определенным стрессорным триггерам.

Ключевые слова: невротическая депрессия; виктимизация; фрустрация; нозологическая гетерогенность; кататимный комплекс.

Для цитирования: Сорокина О.Ю., Волель Б.А. Невротическая депрессия: проблема нозологической квалификации. *Психиатрия*. 2019;81(1):6–19.

Конфликт интересов отсутствует

Objective: to study the clinical characteristics, dynamics, nosological qualifications and factors involved in the formation of neurotic depression.

Material and methods: 60 patients (women — 55, men — 5) with an average age 36,9 ± 10,8 years were examined, the average duration of depressive phases was 18,1 ± 10,8 months. The study was conducted with using clinical, catamnestic, pathopsychological, statistical methods. Psychometric scales (HAM-D, MFI-20, SANS, PANSS) and questionnaires (Questionnaire of personality traits of an adult, SPQ-A, SCL-90, Holmes–Ray Stress Inventory) were used.

Results: the states combined by the term «neurotic depression» are clinically heterogeneous (depressions with victimization phenomena with the separation anxiety and depressions with love addiction — erotomania), primarily in the content of the catathymic complexes (anxiety-phobic and overvalued catathymic complexes). The differences in the structure of the denotation correlated with the heterogeneity of clinical manifestations and the dynamics of depression. The clinical picture of neurotic depressions in patients of the first group transformed: the initially dominant anxiety was replaced by negative affectivity (apathy, anhedonia), and there was an acquisition of endoform traits. In addition to affective pathology, which was detected in

38,2%, 61,8% of patients in this group had diagnosis of schizophrenic spectrum disorders. At the same time, most of the neurotic depressions with erotomania with overvalued attachment (76,9%) did not go beyond the affective phases of the neurotic register, which are realized on the trajectory of personality disorders. It has been established that the main personality dimension for all patients participating in the formation of neurotic depression was the phenomenon of victimization, which characterizes the ability of patients to get into and stay in a psycho-traumatic (frustrating) environment for a long time. In addition, it was found that 83,3% of patients had premorbid traits of cluster A (DSM-5), along with the characteristic features of clusters B and C.

Conclusions: the heterogeneity of denotation of neurotic depression determined the differences in the clinical picture, dynamics (with different social and labor prognosis). The nosological heterogeneity of the conditions combined by the term «neurotic depression» was established: along with affective pathology, the diagnosis of personality disorder and diseases of the schizophrenic spectrum was detected. The structure of the catathymic complexes is also interconnected with different personal predispositions with sensitivity to certain stressful triggers.

Keywords: neurotic depression; victimization; frustration; nosological heterogeneity; catathymic complexes.

For citation: Sorokina O.Yu., Volel B.A. Neurotic depression: the problem of nosological qualification. *Psychiatry*. 2019;81(1):6–19. *There is no conflict of interest*

ВВЕДЕНИЕ

По результатам многочисленных исследований в последние десятилетия отмечается увеличение частоты встречаемости депрессивных состояний, связанных с перманентным воздействием фрустрирующих обстоятельств [1–3]. Данный факт обуславливает рост интереса к группе психических расстройств, ранее объединяемых термином «невротическая депрессия»/«депрессивный невроз» (МКБ-9).

Несмотря на то что показатели распространенности невротических депрессий в общей популяции разнятся (в том числе по причине исключения данной нозологии из современных классификаций¹), можно констатировать тот факт, что встречаемость депрессивного невроза в среднем высока (от 0,5 до 4,6%) [4–8]. Также рядом авторов подчеркивается, что существенную часть аффективных расстройств (от 5 до 15%) составляют именно так называемые «подпороговые» депрессивные состояния (имеющие, по мнению исследователей, сходство по клинической картине с невротическими депрессиями), возникновение которых связано с низким уровнем дохода, одиночеством, болезнью родственника, разрывом отношений со значимым другим и пр. [7–9].

Следует также отметить, что, несмотря на достаточно большое число работ, посвященных изучению невротической депрессии, по настоящее время нет единого мнения касательно клинической картины и особенностей динамики данного состояния. В большинстве случаев авторы лишь указывают на гетерогенность включаемых в понятие невротической депрессии состояний и их диагностическую нестабильность (по результатам катамнестических исследований) [10–12]².

Согласно данным публикаций, наравне с внешними фрустрирующими обстоятельствами (длительно

существующие внутрисемейные неурядицы с наличием психического и/или физического насилия со стороны родственника/супруга, алкоголизм значимого другого, одиночество, конфликты на рабочем месте и пр.) немаловажный вклад в развитие заболевания вносит и личностный фактор. Так, с одной стороны, авторы выявляют конституциональные черты, присущие ананкастным и тревожно-мнительным личностям [13–15], с другой — наличие в преморбиде аномалий истерического [16, 17] или пограничного круга [17, 18]. Вместе с тем выявляется некий общий личностный паттерн, свойственный пациентам, уязвимым к возникновению такого рода состояний, — позиция «жертвы» длительно существующих психотравмирующих обстоятельств или «виктимизация»³ [17, 19–21]. При этом важно подчеркнуть, что в доступной литературе в большинстве случаев речь идет о личностной predisпозиции пациентов с невротической депрессией, соответствующей кластерам В и С (DSM-5), в то время как данные касательно возможности развития невротических депрессий у пациентов с аномалиями кластера А (шизоидное, а также шизотипическое РЛ) крайне ограничены [22, 23].

Аспекты динамики невротической депрессии также представляют предмет дискуссии. Так, ряд исследователей рассматривают невротическую депрессию в качестве психогении в рамках траектории расстройств личности⁴, где депрессивный невроз является (нередко) начальным этапом невротического развития [16, 18, 24]. Другие авторы указывают на возможность перехода депрессивного невроза в эндогенное аффективное заболевание (рекуррентную/биполярную депрессию) [10, 12]. Стоит отдельно отметить, что в тех же катамнестических исследованиях Н.С. Акискал и соавт. [1978], Л.В. Кессинг [2004] у 2–5,3% пациентов с невротической депрессией при повторном обращении была диагностирована эндогенно-процессуальная патология («шизофрения»).

¹ Затяжные депрессивные состояния, ранее входившие в понятие «невротической депрессии», после выхода DSM-III [1980] были включены в рубрику хронических аффективных расстройств, объединенных термином «дистимия» [Spitzer R., 1980].

² Еще Н. Völkel [1959] указывает на возможность приобретения невротическими депрессиями черт эндогенности с течением времени, что указывает на сходство в некоторых случаях депрессивного невроза с эндореактивными депрессиями.

³ Термин «виктимность» берет начало из криминологии [Франк Л.В., 1977].

⁴ М. Roth, С.О. Mountjoy [1997] предложен термин «personal depression» с целью подчеркнуть ведущую роль личностной predisпозиции в развитии депрессивного невроза.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью настоящего исследования является изучение особенностей клинической структуры, закономерностей течения и факторов, соучаствующих в формировании невротической депрессии, а также оценка социального и трудового прогноза для этого контингента пациентов.

В соответствии с целью были сформулированы следующие задачи:

- а) исследование клинической структуры невротической депрессии;
- б) анализ динамики невротической депрессии с определением социального и трудового прогноза (на основании клинико-катамнестических данных);
- в) определение роли личностного фактора, соучаствующего в формировании невротических депрессий (в том числе и с помощью патопсихологических методик);
- г) изучение значимых психотравмирующих факторов, влияющих на формирование невротической депрессии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование выполнено в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель — академик РАН, проф. А.Б. Смулевич) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор — проф., д.м.н. Т.П. Ключник).

На момент обследования все пациенты проходили лечение в ФГБНУ НЦПЗ (директор — проф., д.м.н. Т.П. Ключник) и в психотерапевтическом отделении (зав. отделением — д.м.н. Б.А. Волель) Университетской клинической больницы №3 (гл. врач — к.м.н., заслуженный врач РФ В.В. Панасюк) Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (ректор — академик РАН, проф. П.В. Глыбочко).

С целью более подробного изучения невротических депрессий на основании общих признаков заболевания по МКБ-8, МКБ-9 и клинических характеристик в исследованиях, посвященных данной проблематике, разработаны следующие критерии включения:

- возраст пациентов от 18 до 65 лет;
 - непосредственная связь психического неблагополучия с длительно воздействующим стрессогенным фактором;
 - наличие на момент обследования депрессивного состояния, соответствующего признакам невротической депрессии, включающего в себя персистирующий денотативный комплекс, астено-невротические проявления и соматизированные расстройства на фоне гипотимии;
 - длительность депрессий не менее шести месяцев.
- Критерии невключения:
- признаки манифестного шизофренического/шизоаффективного психоза;

- органическое психическое расстройство (F00–F09, МКБ-10);
- психические и поведенческие нарушения вследствие употребления психоактивных веществ (F10–F19, МКБ-10);
- умственная отсталость (F70–F79, МКБ-10);
- наличие симптомов тяжелой соматической патологии в стадии декомпенсации;
- депрессивные эпизоды тяжелой степени (F32.2, F32.3); витальные симптомы депрессии на момент первичного обследования (тоска, патологический циркадный ритм, суицидальные идеации).

От каждого пациента было получено добровольное информированное согласие об участии в исследовании. Исследование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г., одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ.

Ведущим методом исследования являлся клинический с использованием психометрических методик. Обязательным условием диагностической процедуры было обсуждение каждого наблюдения на расширенной консультации под председательством академика РАН, проф. А.Б. Смулевича.

Необходимым являлось привлечение катамнестического подхода (средняя длительность катамнеза составляла $17,6 \pm 5,2$ мес.) для оценки динамики невротической депрессии (катамнестические данные получены у 48 пациентов).

Для оценки структуры и выраженности депрессивных проявлений в ходе исследования использовались следующие психометрические шкалы: HAM-D — Hamilton Rating Scale for Depression/шкала Гамильтона для оценки депрессии; MFI-20 — Multidimensional Fatigue Inventory/субъективная шкала оценки астении⁵; SANS — Scale for the Assessment of Negative Symptoms/шкала оценки негативной симптоматики; PANSS — The Positive and Negative Syndrome Scale/шкала оценки позитивных и негативных синдромов⁶.

В связи с необходимостью оценки личностного вклада в развитие заболевания также проведено патопсихологическое обследование⁷ пациентов с применением блока психологических методик: ОЧХ-В — опросник черт характера взрослого человека; SP-A —

⁵ MFI-20 — Multidimensional Fatigue Inventory/субъективная шкала оценки астении [Smets E.M. et al., 1994], включает в себя оценку 5 основных показателей (общая астения, пониженная активность, снижение мотивации, физическая и психическая астения) по 20 пунктам с 5-балльной системой. Наивысший балл отражает самую высокую тяжесть астении.

⁶ Шкалы MFI-20, SANS [Andreasen N., 1983] и PANSS [Kay S. et al., 1989] использовались в связи с имеющимися в литературе данными о возможности возникновения депрессивного невроза в рамках расстройств шизофренического спектра [22, 23], его диагностической нестабильности с переходом в эндогенно-процессуальную патологию [10, 12], а также планируемым включением в выборку пациентов с различной личностной предрасположенностью (в том числе с характерологическими девиациями кластера А (DSM-5)).

⁷ Патопсихологическое обследование пациентов проводилось клиническим психологом, м.н.с. ФГБНУ НЦПЗ В.М. Лобановой.

Таблица 1/Table 1

Социально-демографическая характеристика выборки (n = 60)/Social and demographic characteristics of the sample (n = 60)

Показатель/Characteristics		Число больных/Number of patients	
		абс.	%
Образование/Education	Высшее/Higher education	39	65,0
	Неоконченное высшее/Uncompleted higher education	10	16,7
	Среднее специальное/Special secondary education	11	18,3
Трудовой статус/ Employment status	Работают/Working	26	43,3
	Не работают/Not working	34	56,7
	Из них инвалиды по психическому заболеванию/Disabled due to mental disease	0	–
Семейный статус/Marital status	В браке/Married	37	61,7
	Холосты/Single	13	21,6
	Разведены/Divorced	10	16,7
	Вдовцы/Widows	0	–
Социальный статус/ Social status	Студенты/Students	8	13,3
	Служащие/Employees	16	26,7
	Предприниматели/Business	10	16,7
	Иждивенцы/Dependent	26	43,3

Schizotypal Personality Questionnaire для оценки шизотипических черт личности; SCL-90 — Symptom Checklist-90⁸.

Для оценки стрессогенных событий использовался опросник Холмса–Рея⁹.

В настоящем исследовании применялись статистические методы обработки данных. Статистический анализ осуществлялся при помощи программы Statistica 10.0. Использовались данные описательной статистики (средние значения стандартного отклонения), для выявления межгрупповых различий применялись точный критерий Фишера, а также непараметрические методы (U-критерий Манна–Уитни). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Выборку составили 60 пациентов (женщин — 55, мужчин — 5). Средний возраст пациентов составлял $36,9 \pm 10,8$ года, среднее время начала заболевания — $34,2 \pm 9,9$ года, средняя длительность аффективных фаз — $18,1 \pm 10,8$ мес.

⁸ ОЧХ-В — опросник черт характера взрослого человека [Русалов В.М., Манолова О.Н.; 2003] содержит 80 утверждений, в которых используется 4-балльная система ответов, что позволяет получить личностный профиль, состоящий из «дезацентуаций», «нормы» и «акцентуаций» по 10 основным шкалам; SPQ-A — Schizotypal Personality Questionnaire [Raine A., 1991] для оценки шизотипических черт личности; SCL-90 — Symptom Checklist-90 [Derogatis L.R. et al., 1974] включает в себя 90 утверждений для 12 шкал («соматизация», «обсессивно-компульсивные расстройства», «интерперсональная чувствительность», «депрессия», «тревожность», «враждебность», «навязчивые страхи», «параноидность», «психотизм», «общий индекс тяжести», «индекс тяжести наличного дистресса», «число беспокоящих симптомов»). Выраженность симптомов оценивается по 5-балльной системе (от 0 до 4 баллов).

⁹ Опросник Холмса–Рея [The Holmes–Rahe Life Stress Inventory, 1967] состоит из 43 пунктов. Количество баллов определяет вероятность развития психосоматического заболевания: так, при сумме 150–300 баллов вероятность равна 50%, а в случае выявления более 300 баллов приближается к 80%.

Гендерное распределение пациентов изученной выборки характеризовалось значительным преобладанием лиц женского пола (91,7%), что согласуется с данными литературы о большей распространенности невротических депрессий у женщин [25, 26].

Социодемографические показатели выборки представлены в *табл. 1*.

Как видно из *табл. 1*, примерно у 1/2 пациентов имеются признаки социальной дезадаптации: так, несмотря на отсутствие инвалидности по психическому заболеванию, 56,7% на момент первичного осмотра длительно не работали (в то время как средние показатели безработицы среди населения составляют 5,2%¹⁰), а 43,3% пациентов находились на иждивении у родственников (при имеющемся у подавляющего большинства высшем образовании). Выявленные показатели вступают в противоречие с имеющимися данными касательно благоприятных социальных аспектов невротической депрессии [27, 28].

Стоит отметить, что нормальный (при сравнении с общепопуляционными показателями [2010]¹¹) уровень адаптации в семейной сфере (61,7% пациентов состоят в браке) контрастирует с относительно низким трудовым статусом.

В качестве триггеров невротической депрессии выступают длительно существующие психотравмирующие ситуации, в которых пациент является «жертвой» сложившихся обстоятельств. При этом наиболее частые стрессоры, способствующие возникновению депрессии, можно объединить в несколько условных

¹⁰ По данным Росстата (февраль 2018).

¹¹ По данным Всероссийской переписи населения (2010), в браке состоят 66,5% лиц обоего пола.

групп, выделенных на основании перечня стрессогенных событий шкалы Холмса–Рея (табл. 2).

Таблица 2/Table 2

Распределение стрессогенных факторов в клинической выборке согласно шкале Холмса–Рея/Distribution of stress factors in the clinical sample according to the Holmes–Ray Stress Inventory

Стрессовый фактор/Stress factor	Пациенты/Patients	
	абс.	%
Фрустрирующие отношения со значимым другим (внутрисемейные конфликты, разочарование в объекте привязанности)/Frustrated interrelationships	58	96,7
Длительная болезнь родственника, изменение в его поведении/Parent's disease, abnormal behavior	28	46,7
Неурядицы, связанные с конфликтами на работе, начальством, и низкий уровень дохода/Turmoil due to labour conflict, low outcome	20	33,3

Можно отметить, что фрустрирующие отношения со значимым другим являются ведущим триггерным фактором и встречаются практически в 100% случаев. Помимо этого, среди стрессогенных событий у 1/2 пациентов выявляются болезнь объекта привязанности и/или изменения в его поведении, а также в 33,3% обстоятельства, лишаящие социальной поддержки (конфликты на работе, низкий уровень дохода и др.). В ряде случаев (43,3%) невротические депрессии спровоцированы констелляцией неблагоприятных факторов. Полученные данные сопоставимы с приводимыми в исследованиях ведущими категориями триггеров [13, 16, 21].

Важным патогенетическим фактором наряду с внешними фрустрирующими обстоятельствами является вклад личностной predisпозиции. Пациенты попадают в психотравмирующую обстановку и длительно в ней пребывают в том числе и в силу конституциональных особенностей, что лежит в основе формирования виктимности. Следует отметить, что феномен виктимизации, выступающей в рамках кататимного комплекса, более точно определяет механизмы формирования психогенно-провоцированных депрессий, нежели чем термин «фрустрация», поскольку предусматривает более широкую базу факторов, провоцирующих депрессию (объединяет в себе значимую роль личностной predisпозиции и вклад внешних стрессогенных воздействий).

При этом, несмотря на общий для всех пациентов паттерн виктимизации со способностью становиться «жертвой» обстоятельств, преморбидные особенности лиц, вошедших в клиническую выборку, оказались неоднородными.

Так, среди 60 пациентов у большинства (81,7%) выявлены характерологические черты, присущие кластеру А (DSM-5): шизоидное расстройство личности («шизоидные невротики» [29]) — 6,7%, шизотипиче-

ское расстройство личности — 25%, а также особенности комплексной структуры — шизоидные истерики [30] — 12 (20,0%), истеропаранойяльные [31] — 18 (30,0%). В то же время, в отличие от приводимых в литературе данных касательно преморбидных особенностей [16, 18], пациенты с личностными чертами кластеров В и С составляли лишь 18,3% (11 пациентов).

Нозологическое распределение диагнозов клинической выборки подтверждает данные ранних исследований [10–12] касательно гетерогенности включаемых в понятие невротической депрессии состояний (табл. 3).

Согласно полученным данным, состояния, соответствующие критериям невротической депрессии, могут формироваться не только в рамках аффективных заболеваний. Так, наряду с «рекуррентным депрессивным расстройством», «депрессивным эпизодом» и «дистимией» выявляется и неаффективная патология («шизотипическое расстройство», «расстройство личности»). При достаточно однородном распределении диагнозов в клинической выборке все же следует отметить, что в 1/3 случаев выявляется психическая патология круга расстройств шизофренического спектра (35,0%), что контрастирует с данными, имеющимися в доступной литературе [10, 12, 16], и требует дальнейшего более детального рассмотрения.

Невротические депрессии во всех случаях имели тенденцию к затяжному течению. Средняя продолжительность депрессивных фаз в клинической выборке составляла $18,1 \pm 10,8$ мес. Подобные показатели длительности сопоставимы с критериями затяжных состояний современных классификаций (МКБ-10), таких как дистимия (более 24 мес.), затяжная реакция адаптации (до 24 мес.) и проч.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На основании проведенного комплексного обследования пациентов установлено, что состояния, объединяемые термином «невротическая депрессия», гетерогенны по структуре и дифференциация между выделенными группами базируется на особенностях психопатологического комплекса.

В соответствии с чем все рассматриваемые наблюдения распределяются на две группы:

- первая — невротические депрессии с виктимизацией со страхом сепарации (тревожно-фобический кататимный комплекс);
- вторая — невротические депрессии с привязанностью, формирующейся при явлениях эротомании (сверхценный кататимный комплекс).

Обратимся к рассмотрению распределения диагнозов в двух выделенных группах клинической выборки (рис. 1).

Межгрупповая гетерогенность депрессий соотносится с неоднородностью в распределении диагнозов между группами. Так, в группе пациентов с невротическими депрессиями с явлениями виктимизации обна-

Таблица 3/Table 3

Долевое распределение пациентов в соответствии с нозологией и диагнозом по МКБ-10, DSM-5/The proportion of patients in accordance with the nosology and diagnosis of ICD-10, DSM-5

Нозологический диагноз/Diagnosis	Диагноз согласно критериям МКБ-10, DSM-5/Diagnosis according criteria ICD-10, DSM-5	Пациенты/Patients		Всего/Total	
		абс.	%	абс.	%
Аффективная патология/ Affective Disorders	Депрессивный эпизод/Depressive episode (F32.1)	4	6,7	19	31,7
	Рекуррентное депрессивное расстройство/Recurrent depressive disorder (F33.1)	8	13,3		
	Dysthymia (F34.1)	7	11,7		
Расстройство личности ^a / Personality disorders	Истерическое расстройство личности/Histrionic personality disorder (F60.4)	20	33,3	20	33,3
Расстройства шизофренического спектра/Schizophrenia spectrum disorders	Шизотипическое расстройство личности/Schizotypal personality disorder (DSM-5, 301.22)	10	16,7	21	35,0
	Шизотипическое расстройство/Schizotypal disorder (F21)	11	18,3		

Примечание: ^a – диагноз «расстройство личности» выставлялся в соответствии с ведущей личностной дименсией.

ружено преобладание расстройств шизофренического спектра (61,8%; $p < 0,01$), а также в $1/3$ случаев аффективной патологии. В то время как в группе пациентов с невротическими депрессиями с явлениями пограничной эротомании наиболее частым (76,9%; $p < 0,01$) был диагноз расстройства личности.

Невротические депрессии с виктимизацией со страхом сепарации

В группу вошли 34 пациента (29 женщины, 5 мужчин), средний возраст — $39,6 \pm 10,1$ года. Средний возраст начала заболевания — $37,3 \pm 9,8$ года. Средняя длительность депрессивных состояний составляла $19,9 \pm 9,1$ мес.

Депрессии у пациентов данной группы были спровоцированы психотравмирующими ситуациями в виде

длительных внутрисемейных неурядиц (наркомания/алкоголизм/гэмблинг значимого другого, бытовые ссоры), конфликтов на рабочем месте. При этом облигатным условием являлась неспособность пациента покинуть психотравмирующую ситуацию: целая совокупность неблагоприятно складывающихся обстоятельств представлялась неразрешимой (финансовая зависимость, невозможность преодолеть культуральные устои семьи и пр.) (табл. 4).

В клинической картине на первый план выступал сниженный аффект с преобладанием подавленности, слезливости (средний балл HAM-D — $20,6 \pm 4,5$) на фоне персистирующего кататимного комплекса, определяющегося страхом сепарации [32–34]. Пациенты, испытывая желание покинуть длительно суще-

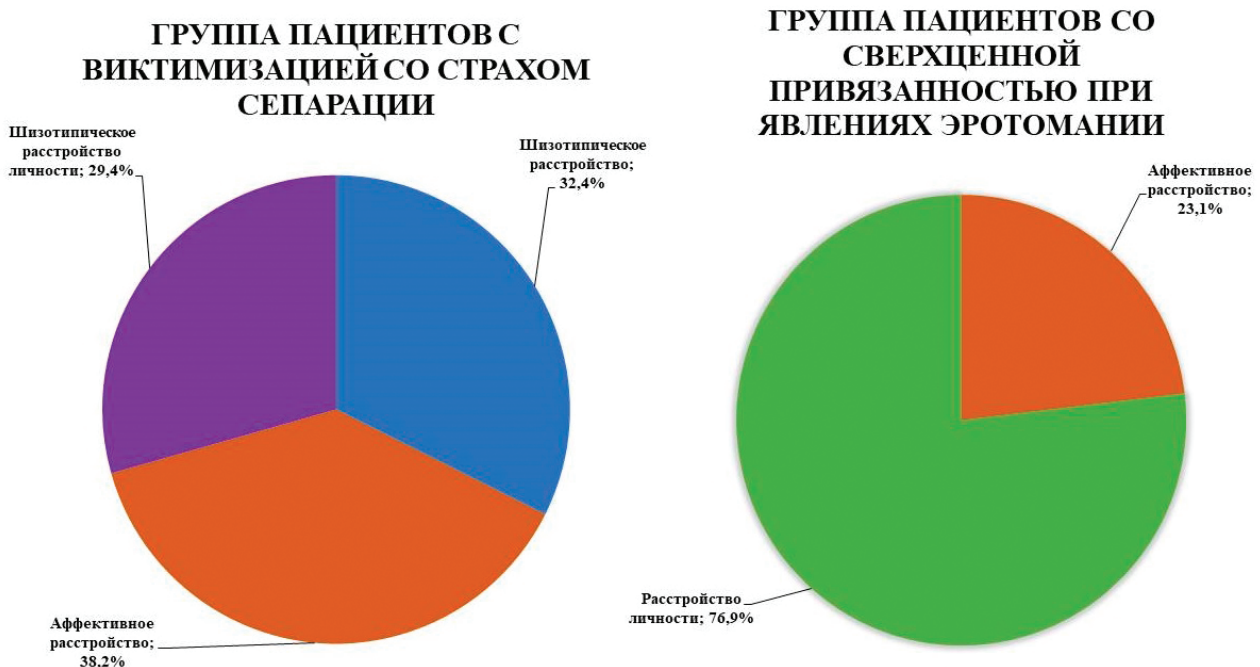


Рис. 1/ Fig. 1. Сравнение распределения диагнозов в группах клинической выборки ($n = 60$)/Comparison of the distribution of diagnoses in a clinical sample groups ($n = 60$)

Таблица 4/Table 4

Сравнительная характеристика стрессогенных факторов шкалы Холмса–Рея при невротической депрессии/Comparative characteristics of stress factors of the Holmes–Ray Stress Inventory in neurotic depression

Стрессовый фактор/Stress factors	% пациентов/Patients (%)	
	Группа с невротическими депрессиями с виктимизацией со страхом сепарации/Neurotic depression with victimization and anxiety separation	Группа с невротическими депрессиями со сверхценной привязанностью при явлениях эротомании/Neurotic depression with overvalued attachment and erotomanie
Усиление конфликтности в отношениях с супругом/Increasing marital conflicts	84,4	100
Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв отношений/Breakup	81,2	83,3
Улаживание брачных конфликтов/Settling of marital conflicts	78,1	62,5
Изменение в состоянии здоровья или в поведении члена семьи/Health disorders or behavioural disturbances of family member	71,9	–
Проблемы с родственниками мужа (жены)/Problems with parents-in-law	68,7	–
Сексуальные проблемы/Sexual problems	68,7	–
Изменение условий или часов работы/Change of conditions or hours of work	37,5	–
Изменение числа живущих вместе членов семьи/Change of family members	34,4	–
Изменение финансового положения/Change of financial status	31,2	–
Повышение служебной ответственности (продвижение по службе, понижение, перевод)/Increasing of responsibility in work	28,1	–
Изменение условий жизни/Change of accommodation	25,0	–
Серьезные изменения в бизнесе (реорганизация на работе, банкротство)/Changes in business	18,7	–
Супруг бросает работу (находит новую)/Spouse throws job	18,7	–
Проблемы с начальством/Problems with boss	15,6	–
Уход сына или дочери из дома/Withdrawal of son or daughter from home	15,6	–
Уход на пенсию/Retirement	9,4	–

ствующую психотравмирующую ситуацию, но сомневаясь в своих способностях самостоятельно обеспечить собственное существование, продолжали пребывать в стрессогенной обстановке. Любые обстоятельства, требовавшие даже непродолжительной по времени разлуки с родственниками с необходимостью проявления собственной самостоятельности, непременно приводили к усилению тревоги. В связи с чем денотат депрессии составляли тревожные руминации с идеями неудовлетворенности собственной жизнью (в семейной, профессиональной сферах), вынужденной зависимости от членов семьи.

Среди ведущих симптомов невротической депрессии наряду с гипотимным аффектом и тревожно-фобическим кататимным комплексом выявлялись астено-невротические проявления. В клинической картине определялись признаки гиперестетической астении с обостренной чувствительностью к внешним раздражителям с непереносимостью звуков, света с преобладанием физической (с вялостью, пассивностью, снижением жизненного тонуса) над психической (в виде ухудшения памяти, концентрации внимания) астенией (со средним значением выраженности асте-

нии по шкале MFI-20 — $46,5 \pm 11,3$; средний балл подшкалы «апатия–абулия» SANS — $0,9 \pm 0,2$) [35].

В ряду других клинических особенностей невротических депрессий данной группы — соматизированные проявления (определявшиеся в 82,4% случаев) в виде сердечно-сосудистых, гастроинтестинальных, дыхательных феноменов («этап соматических жалоб» по Н.Д. Лакосиной, М.М. Труновой [1994]), а также разнообразных телесных ощущений (внутренний тремор, приливы жара и озноба, парестезии, чувство дурноты, тошноты) [18].

Суточный ритм депрессивных состояний был инвертирован, что в первую очередь определялось большей выраженностью в вечерние часы астенических проявлений.

Выявлялись нарушения сна (у 88,2% пациентов) по типу ранней инсомнии, что было обусловлено наплывами тревожных руминаций о собственной нерешительности, неустроенности жизни, зависимости от родственников.

Несмотря на то что 91,2% пациентов отмечали снижение аппетита, не определялось выраженной потери массы тела.

По результатам катamnестического обследования (в среднем через $15,6 \pm 3,5$ мес. от первичного осмотра) происходило утяжеление выраженности депрессивной симптоматики (что находит отражение в среднем балле HAM-D — $26,3 \pm 6,4$), а также изменение структуры депрессивных состояний. Так, вместо гипотимного аффекта с преобладанием тревожных руминаций на первый план выходила апатия (средний балл «апатия–абулия» SANS — $1,4 \pm 0,3$) в виде неспособности к проявлению инициативы, замедления и затруднения психических актов, что сопровождалось ощущением беспомощности, ангедонией [36]. Отмечалось дальнейшее усугубление астенических проявлений (с отражением в показателях MFI-20 — $55,5 \pm 12,1$), которые, сочетаясь с апатией, формировали комплекс «витальной астении» [37, 38].

Изменения претерпевал и денотат депрессии: в то время как происходило его расширение, на первый план выходили жалобы на тоску, лишённую свойств физикальности (преимущественно идеаторного содержания с размышлениями о собственной малоценности, бесперспективности, с негативным отношением к окружающему [39]), ранее существовавший кататимный комплекс с тревожными руминациями инкапсулировался и более не являлся ведущим в состоянии. При этом доминирующими являлись упреки в собственной неудачливости, неспособности выйти из длительно существующей стрессогенной ситуации (направленный на себя «вектор вины» по W. Scheid [1954]).

Отмечалось появление патологического циркадианного ритма, который, однако, был в первую очередь ассоциирован с утяжелением в утренние часы астено-апатических проявлений.

Выявлялись симптомы депрессивной девитализации в виде ослабления соматочувственных влечений [24]. Снижение аппетита сопровождалось потерей массы тела. Нарушения сна проявлялись его прерывистостью и ранними пробуждениями.

Следует особо выделить когорту пациентов (32,4%), для которых в клинической картине помимо ранее приведенных общих черт невротической депрессии было характерно наличие и иных симптомокомплексов. Так, уже на момент первичного осмотра в данной группе отмечались явления типа avolition — апатия и абулия (средний балл «апатия–абулия» SANS — $3,5 \pm 0,3$, «волевые нарушения» PANSS — $4,5 \pm 1,3$), сочетающиеся с астеническими проявлениями от средней до тяжелой степени выраженности (средний показатель шкалы MFI-20 — $65,0 \pm 13,1$), а также с нарушениями когнитивных функций в виде резонерства, амбивалентности, шперрунгов.

По результатам катamnестического обследования у данной когорты (а также у 8,8%¹² с установленным при первичном осмотре диагнозом «шизотипическое расстройство личности») выявлялось сохранение/по-

явление симптомов типа avolition (со средним баллом по шкале «апатия–абулия» SANS — $3,8 \pm 0,4$, а также в пункте «волевые нарушения» PANSS — $5,1 \pm 1,0$), усилением выраженности астенических проявлений (MFI-20 — $70,0 \pm 13,5$). При этом астения носила характер гипестетической с отчуждением осознания собственной физической активности. У пациентов при повторном обследовании отмечалось снижение общего уровня психофизической активности и волевого потенциала психической деятельности (что отражается в пунктах «снижение уровня физической и психической активности» SANS — $3,2 \pm 0,3$, $p < 0,01$ ¹³, и «снижение коммуникабельности» PANSS — $5,0 \pm 1,2$ балла, $p < 0,01$ и «пассивная социальная самоизоляция» PANSS — $4,9 \pm 0,7$ балла, $p < 0,01$), снижение профессиональной и обеднение бытовой продуктивности (средний балл в пункте «снижение активности в работе/быту» SANS — $3,4 \pm 0,2$, $p < 0,01$), субъективное ощущение общего оскудения энергетического потенциала психики (что соотносится со средним баллом в пункте «субъективная оценка апатоабулических расстройств» SANS — $2,9 \pm 1,1$, $p < 0,01$).

Депрессивные фазы в подавляющем большинстве случаев (94,1%) были разделены симптоматическими ремиссиями. Уменьшение выраженности/редукция депрессивной симптоматики (средний балл HAM-D — $6,8 \pm 3,1$) выявлялись при «выходе» из психотравмирующей ситуации (непродолжительная стабилизация семейной обстановки, нахождение вне дома/работы, временное отдельное проживание и проч.).

Следует отметить, что данные патопсихологического исследования на момент обратного развития депрессивной фазы у пациентов с диагнозом «шизотипическое расстройство» обнаруживали сохранение апатоабулических (с преобладанием астенической симптоматики) проявлений при достоверном снижении степени выраженности симптомов: средний балл подшкалы апатоабулических расстройств SANS — $2,9 \pm 0,6$ ($p < 0,05$); среднее значение в пункте «волевые нарушения» PANSS — $3,9 \pm 0,9$ ($p < 0,05$); средний балл по шкале MFI-20 — $50,1 \pm 16,4$ ($p < 0,01$).

О тяжести психического состояния свидетельствует степень социальной и профессиональной дезадаптации пациентов. Так, на момент повторного осмотра 67,6% лиц не работали (средняя продолжительность отсутствия трудовой занятости составляла $7,3 \pm 3,5$ мес.), у 70,6% пациентов отмечались явления аутизации с сужением круга контактов.

У большинства пациентов в преморбиде были выявлены личностные девиации, присущие кластеру А: шизоидное/шизотипическое расстройство личности [F60.1, МКБ-10/301.22, DSM-5] (55,9% пациентов), а также характерологические особенности комплексной структуры (шизоидные истерики [30]) — 11,8%. Так, выявлялись достаточно высокие баллы в опроснике

¹² У оставшихся 14,7% пациентов с диагнозом «шизотипическое расстройство личности» на момент повторного обследования выявлены ремиссии.

¹³ Коэффициент достоверности отражает показатели статистического сравнения достоверности различия усредненных значений по пунктам шкал между двумя группами.

для оценки шизотипических черт личности — SPQ-A ($44,1 \pm 7,2$, $p < 0,01$) с наивысшим средним баллом в подшкале «избыточная социальная тревожность» ($5,9 \pm 0,9$, $p < 0,01$). У 1/3 пациентов (32,3%) определялись конституциональные черты кластеров В и С (тревожные истерики [40] — 17,6%, а также пациенты с зависимым расстройством личности — 14,7%) (DSM-5). Лица данной группы отличались конформностью, повышенной тревожностью, несамостоятельностью в принятии решений, склонностью к самокопаниям и рефлексии, что подтверждается средними показателями по шкале «межперсональная тревожность» в опроснике SCL-90 — $1,7 \pm 0,3$ балла ($p < 0,01$), а также ОЧХ-В: выраженная акцентуация по шкалам эмотивности ($8,3 \pm 1,6$, $p < 0,01$), тревожности ($7,4 \pm 0,6$, $p < 0,01$), дистимности ($8,4 \pm 0,5$, $p < 0,01$) и дезакцентуации по шкалам гипертимности ($2,1 \pm 1,2$, $p < 0,01$) и циклотимности ($3,2 \pm 0,4$, $p < 0,01$), возбудимости ($1,7 \pm 1,6$, $p < 0,01$) и демонстративности ($4,5 \pm 0,5$, $p < 0,01$).

Таким образом, можно отметить, что облигатным личностным паттерном для всех пациентов являлась акцентуация психастенических свойств (с нерешительностью, боязливостью, повышенной тревожностью, склонностью к сомнениям и избеганию ситуаций, подразумевающих необходимость принятия решений, взятия на себя ответственности).

Вышеперечисленные характерологические особенности ассоциировались с длительным пребыванием пациентов в стрессовой ситуации с невозможностью ее изменить, покинуть психотравмирующую обстановку. В большинстве случаев пациенты приобретали черты, подобные «моральным мазохистам» (82,4% пациентов) [41] и, по существу, являлись жертвами собственной беспомощности и зависимости.

Невротические депрессии с привязанностью, формирующейся при явлениях эротомании

Вторую группу составили 26 пациентов (все женщины), средний возраст — $32,9 \pm 7,8$ года. Средний возраст начала заболевания — $30,1 \pm 5,4$ года. Средняя длительность депрессивных фаз — $14,6 \pm 8,3$ мес.

Триггерным фактором для депрессий у пациентов данной группы являлся конфликт с объектом сверхценной привязанности (см. табл. 4).

Денотат депрессии, в отличие от первой группы, определялся кататимным комплексом, ассоциированным с неспособностью разорвать нескладывающиеся отношения с избранником в силу патологической любви, что вело в итоге к длительному (подчас многолетнему) пребыванию в психотравмирующей обстановке¹⁴. Доминирующее место занимали идеи недовольства объектом привязанности с обвинением в незаинтере-

сованности, выставлением значимого другого в качестве виновника неблагополучия, несоответствии партнера романтическим ожиданиям пациента («вектор вины» по W. Scheid [1954] направлен на окружение). При этом в связи со страхом потери объекта сверхценной привязанности, модус поведения определялся грубыми манипуляциями, шантажом.

Депрессивная симптоматика возникала в первые же сутки после воздействия психотравмирующего фактора и, в отличие от первой группы, соответствовала клинической картине истеродепрессии с преобладанием демонстративных проявлений в виде плаксивости (подчас вплоть до рыданий), склонности к трагедизации своего состояния с чувством жалости к себе, раздражительности при условии недостаточного внимания со стороны окружающих (в первую очередь, объекта сверхценной привязанности) к их неблагополучию. При этом уровень аффективных расстройств был достаточно неглубоким по сравнению с первой группой (со средним баллом HAM-D — $11,6 \pm 4,4$, $p < 0,01$).

В структуре депрессивных состояний выявлялись расстройства истероконверсионного (в виде чувства кома в горле, тремора, анестезий в различных участках тела, явлений астазии-абазии, а также истероалгий), органоневротического (в виде гипервентиляционного и кардионевротического синдромов) психопатологических регистров.

Важно отметить, что достоверных клинических признаков астении в данной группе в самом начале заболевания (по сравнению с группой пациентов с невротическими депрессиями с виктимизацией со страхом сепарации) не обнаруживалось (средний балл по шкале MFI-20 — $17,3 \pm 9,1$, $p < 0,01$); выявляемые показатели легкой степени выраженности апатоабулических расстройств (SANS — $1,8 \pm 0,2$, $p < 0,01$; PANSS — $2,2 \pm 0,7$, $p < 0,01$) определялись преимущественной фиксацией общей жизнедеятельности пациента на поддержании эротоманических контактов.

Нарушения сна по типу поверхностного с кошмарными сновидениями и ранней инсомнией отмечались у 84,6% пациентов, нарушения аппетита со значимой потерей в весе — у 42,3%.

Динамика невротических депрессий с явлениями эротомании отличалась нарастанием среди аффективных проявлений раздражительности, несдержанности в кругу близких, что контрастировало с умением проявить самообладание при субъективно важных социальных взаимодействиях, на рабочем месте. Также по мере динамики состояния выявлялось усиление выраженности астении, которая носила гротескно-демонстративный характер и имела вид истерической конверсии [35]. Пациенты жаловались на «тяжесть» в теле и конечностях, «нестерпимую» усталость, утомляемость от «эмоциональных переживаний». При этом, несмотря на декларируемую субъективную тяжесть астенических проявлений, снижения работоспособности и существенного изменения уклада жизни не выявлялось. Расширялся полиморфизм конверсионных и органи-

¹⁴ Следует подчеркнуть необходимость дифференциации пациентов с невротическими депрессиями со сверхценной привязанностью и лиц с явлениями дефектной эротомании [42]. Так, отличительной чертой последних является дефицитарный характер любовной аддикции с утратой чувственной насыщенности привязанностей и недостатком эмпатии, что проявляется неразборчивостью в выборе и частой, подчас прагматичной сменой партнеров, что не сопровождается возникновением фрустрации и эпизодами длительного снижения настроения.

невротических проявлений, что приводило к формированию в ряде случаев (46,1%) выраженной ипохондрической фиксации на собственном состоянии.

По результатам катamnестического обследования у пациентов выявлялось возникновение клишированных депрессивных фаз, непосредственно связанных с сохраняющимися неурядицами с объектом сверхценной привязанности. В отличие от группы пациентов с явлениями виктимизации, эндогенизации депрессивных состояний не происходило.

Однако стоит отметить, что у 23,1% пациентов выявлялось амальгамирование аффективных и личностных расстройств, когда симптомы депрессии в виде раздражительности, тревоги начинали восприниматься пациентами в качестве приобретенной черты характера («характерологическая дистимия» по Е.В. Колюцкой [1993]).

Следует отдельно подчеркнуть, что для $\frac{1}{3}$ пациентов был характерен близкий к биполярному тип течения заболевания с обусловленной внешними событиями инверсией аффективных фаз (гипомания/смешанное состояние с «экстатической влюбленностью» и депрессия, ассоциированная с конфликтом с объектом привязанности) [18]. При этом на всем протяжении заболевания аутохтонно возникающих аффективных фаз не выявлено.

Пациенты данной группы, несмотря на нескладывающиеся любовные отношения, сохраняли (в отличие от пациентов первой группы) достаточно высокий уровень социальной адаптации: справлялись с рабочими обязанностями (на момент обращения 84,6% пациентов работали), поддерживали многочисленные межличностные контакты и пр.

В отличие от группы пациентов с депрессиями с явлениями виктимизации, пациенты второй группы, отличавшиеся демонстративностью, стеничностью, напористостью (что подтверждается акцентуацией в ОЧХ-В по шкалам демонстративности — $7,7 \pm 1,2$, $p < 0,01$, возбудимости — $6,5 \pm 1,5$, $p < 0,01$, педантичности — $6,4 \pm 0,4$, $p < 0,01$, а также по шкале «враждебность» SCL-90 — $1,9 \pm 0,3$, $p < 0,01$), имели отношение к носителям сверхценных образований — «фанатикам чувств» [43]. Им были присущи личностные девиации комплексной структуры с ведущей истерической дименсией: истеро-паранойяльные [31] (18 пациентов, 69,2%), шизоидные истерики [30] (8 пациентов, 30,8%). Все пациенты имели конституциональные характеристики, делающие их схожими со «страстными идеалистами» [44, 45], склонными к установлению болезненно интенсивной, односторонней привязанности, подчиняющей себе всю их жизнь.

Для пациентов данной группы свойственным являлось формирование сверхценных эротоманических фиксаций, которыми ограничивался круг эмоционально-насыщенных межперсональных интеракций, «экстатической влюбленности» со склонностью к идеализации объекта любви без учета в силу недостаточности эмпатии объективных обстоятельств, таких

как отрицательные личностные качества, алкоголизм, неверность значимого другого («небредовая патологическая любовь» [46]). Профиль фиксации определялся наличием у пациентов склонности к формированию аффективно-заряженных устойчивых идей, что сочеталось с общей экзальтацией эмоциональных реакций, присутствием «застреваемости» и ригидности как одних из основных дименсий их когнитивного типа (по данным ОЧХ-В: акцентуация по шкалам застреваемости $7,7 \pm 1,2$, $p < 0,01$, экзальтации — $6,1 \pm 1,9$, $p < 0,01$, циклотимности — $6,6 \pm 0,8$, $p < 0,01$).

Хотя пациенты данной группы нередко сами являлись инициаторами конфликтных ситуаций (в силу присущей им эгоцентричности, капризности, при неспособности к поддержанию и строительству эмоционально глубоких отношений), при этом сами принимали экстрапунитивную позицию, рассматривая себя в роли жертвы несправедливого отношения значимого другого или внешних обстоятельств (с формированием псевдовиктимной позиции).

Выводы

Комплексное изучение выборки, проведенное с привлечением данных катamnеза, позволило установить следующее.

Объединяемые термином «невротическая депрессия» состояния клинически неоднородны (депрессии с явлениями виктимизации со страхом сепарации и депрессии с привязанностью, формирующейся при явлениях эротомании) в первую очередь по содержанию кататимного комплекса (тревожно-фобический и сверхценный кататимный комплекс соответственно). При этом гетерогенность структуры денотата связана с различиями в конституциональной уязвимости к разного рода стрессорным воздействиям, а также с разнородностью в клинических проявлениях (психопатологическая структура, динамика) невротических депрессий выделенных групп.

По данным катamnестического исследования в группе пациентов с невротическими депрессиями с виктимизацией со страхом сепарации происходит «замещение» первоначально доминировавшей в клинической картине тревоги явлениями негативной аффективности (в виде апатии, ангедонии), а также приобретение депрессией эндоформных черт (тоска идеаторного содержания, патологический циркадный ритм). При этом у 23,3% пациентов выявляются клинические особенности, характерные для эндогенной патологии неаффективного круга (когорты пациентов, имеющая по данным катamnеза диагноз «шизотипическое расстройство»). Наряду с чем депрессии с явлениями эротомании со сверхценной привязанностью в большинстве своем (76,9%) не выходят за рамки аффективных фаз невротического регистра, реализующихся на траектории расстройства личности.

Клинико-динамические особенности соотносятся с показателями социального и трудового прогноза:

в первой группе пациентов выявлен больший процент дезадаптации, в то время как пациенты с невротическими депрессиями со сверхценной привязанностью в рамках пограничной эротомании, наоборот, сохраняют присущий ранее уровень социальной активности и работоспособности.

Среди наиболее первостепенных факторов, соучаствовавших в формировании невротической депрессии, в качестве основной личностной дименсии, общей для всех пациентов, выступает феномен виктимизации, характеризующий способность пациентов оказываться и длительно пребывать в психотравмирующей обстановке. Также важно отметить, что наряду с характерологическими особенностями кластеров В и С (DSM-5),

у 83,3% пациентов определяются преморбидные черты, присущие кластеру А.

Помимо установленного у всех пациентов явления виктимизации, способствующими формированию невротических депрессий являются разного рода длительно существующие стрессорные факторы. При этом для пациентов с невротическими депрессиями с явлениями виктимизации со страхом сепарации не выявлено специфического стрессогенного триггера. В противоположность чему в группе пациентов с явлениями пограничной эротомании со сверхценной привязанностью круг психотравмирующих обстоятельств ограничивается неудачами в личной сфере, взаимоотношениях с объектом «экстатической влюбленности».

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Bartolomucci A., Leopardi R. Stress and depression: preclinical research and clinical implications. *PLoS One*. 2009;4(1):e4265. January 30, 2009. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004265> Accessed January 7, 2009. <https://DOI.org/10.1371/journal.pone.0004265>
2. Baune B. Conceptual challenges of a tentative model of stress-induced depression. *PLoS One*. 2009;4(1):e4266. January 30, 2009. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004266> Accessed January 5, 2009. <https://DOI.org/10.1371/journal.pone.0004266>
3. Tinland A., Boyer L., Loubière S., Greacen T., Girard V., Boucekine M., Fond G., Auquier P. Victimization and posttraumatic stress disorder in homeless women with mental illness are associated with depression, suicide, and quality of life. *Neuropsychiatr Dis. Treat.* 2018;14:2269–2279. <https://DOI.org/10.2147/ndt.s161377>
4. Kapoor R., Singh G. An epidemiological study of prevalence of depressive illness in rural punjab. *Indian J. Psychiatry*. 1983;25(2):110–114.
5. Lehtinen V., Joukamaa M., Lahtela K., Raitasalo R., Jyrkinen E., Maatela J., Aromaa A. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr. Scand.* 1990;81(5):418–425. <https://DOI.org/10.1111/j.1600-0447.1990.tb05474.x>
6. Niemi P.M., Vainiomäki P.T. Medical students' distress-quality, continuity and gender differences during a six-year medical programme. *Med. Teach.* 2006;28(2):136–41. <https://DOI.org/10.1080/01421590600607088>
7. Chiu E. Epidemiology of depression in the Asia Pacific region. *Australas Psychiatry*. 2004;12 Suppl:S4–10. <https://DOI.org/10.1111/j.1039-8562.2004.02097.x-i1>
8. Tuithof M., Ten Have M., van Dorsselaer S., Kleinjan M., Beekman A., de Graaf R. Course of subthreshold depression into a depressive disorder and its risk factors. *J. Affect Disord.* 2018;241:206–215. <https://DOI.org/10.1016/j.jad.2018.08.010>
- Bartolomucci A., Leopardi R. Stress and depression: preclinical research and clinical implications. *PLoS One*. 2009;4(1):e4265. January 30, 2009. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004265> Accessed January 7, 2009. <https://DOI.org/10.1371/journal.pone.0004265>
- Baune B. Conceptual challenges of a tentative model of stress-induced depression. *PLoS One*. 2009;4(1):e4266. January 30, 2009. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004266> Accessed January 5, 2009. <https://DOI.org/10.1371/journal.pone.0004266>
- Tinland A., Boyer L., Loubière S., Greacen T., Girard V., Boucekine M., Fond G., Auquier P. Victimization and posttraumatic stress disorder in homeless women with mental illness are associated with depression, suicide, and quality of life. *Neuropsychiatr Dis. Treat.* 2018;14:2269–2279. <https://DOI.org/10.2147/ndt.s161377>
- Kapoor R., Singh G. An epidemiological study of prevalence of depressive illness in rural punjab. *Indian J. Psychiatry*. 1983;25(2):110–114.
- Lehtinen V., Joukamaa M., Lahtela K., Raitasalo R., Jyrkinen E., Maatela J., Aromaa A. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr. Scand.* 1990;81(5):418–425. <https://DOI.org/10.1111/j.1600-0447.1990.tb05474.x>
- Niemi P.M., Vainiomäki P.T. Medical students' distress-quality, continuity and gender differences during a six-year medical programme. *Med. Teach.* 2006;28(2):136–41. <https://DOI.org/10.1080/01421590600607088>
- Chiu E. Epidemiology of depression in the Asia Pacific region. *Australas Psychiatry*. 2004;12 Suppl:S4–10. <https://DOI.org/10.1111/j.1039-8562.2004.02097.x-i1>
- Tuithof M., Ten Have M., van Dorsselaer S., Kleinjan M., Beekman A., de Graaf R. Course of subthreshold depression into a depressive disorder and its risk factors. *J. Affect Disord.* 2018;241:206–215. <https://DOI.org/10.1016/j.jad.2018.08.010>

9. Chong M.Y., Tsang H.Y., Chen C.S., Tang T.C., Chen C.C., Yeh T.L., Lee Y.H., Lo H.Y. Community study of depression in old age in Taiwan: prevalence, life events and socio-demographic correlates. *Br. J. Psychiatry.* 2001;178(1):29–35. <https://DOI.org/10.1192/bjp.178.1.29>
10. Akiskal H.S., Bitar A.H., Puzantian V.R., Rosenthal T.L., Walker P.W. The nosological status of neurotic depression: a prospective three- to four-year follow-up examination in light of the primary-secondary and unipolar-bipolar dichotomies. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1978;35(6):756–766. <https://DOI.org/10.1001/archpsyc.1978.01770300098011>
11. May M. A Critical Reappraisal of the Concept of Neurotic Depression. In: Akiskal H.S., Cassano G.B., eds. *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions.* New York: Guilford press; 1997:130–147.
12. Kessing L.V. Endogenous, reactive and neurotic depression — diagnostic and long-term outcome. *Psychopathol.* 2004;37:124–130. <https://DOI.org/10.1159/000078611>
13. Völkel H. *Neurotische Depression.* Stuttgart: Theme-Verlag; 1959.
14. Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. М.: Медицина; 1970.
15. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина; 1978.
16. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: клиника и лечение. М.: Медицина; 1994.
17. Малкина-Пых И.Г. *Виктимология.* Санкт-Петербург: Питер; 2018.
18. Roth M., Mountjoy C.Q. The need for the concept of neurotic depression. In: Akiskal H.S., Cassano G.B., eds. *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions.* New York: Guilford press; 1997:96–129.
19. Porcerelli J.H., Cogan R., West P.P., Rose E.A., Lambrecht D., Wilson K.E., Severson R.K., Karana D. Violent victimization of women and men: physical and psychiatric symptoms. *J. Am. Board Fam. Pract.* 2003;16(1):32–39. <https://DOI.org/10.3122/jabfm.16.1.32>
20. Joy A.B., Hudes M. High risk of depression among low-income women raises awareness about treatment options. *California Agriculture.* 2010;61(1):22–25. <https://DOI.org/10.3733/ca.v064n01p22>
21. Foran H.M., Vivian D., O’Leary K.D., Klein D.N., Rothbaum B.O., Manber R., Keller M.B., Kocsis J.H., Thase M.E., Trivedi M.H. Risk for Partner Victimization and Marital Dissatisfaction Among Chronically Depressed Patients. *J. Fam. Viol.* 2012;27:75–85. <https://DOI.org/10.1007/s10896-011-9404-2>
22. Chiapelli J., Kochunov P., DeRiso K., Thangavelu K., Sampath H., Muellerklein F., Nugent K.L., Postolache T.T., Carpenter W.T., Hong L.E. Testing trait depression as a potential clinical domain in schizophrenia. *Schizophrenia Research.* 2014;159(1):243–248. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2014.08.003>
- Chong M.Y., Tsang H.Y., Chen C.S., Tang T.C., Chen C.C., Yeh T.L., Lee Y.H., Lo H.Y. Community study of depression in old age in Taiwan: prevalence, life events and socio-demographic correlates. *Br. J. Psychiatry.* 2001;178(1):29–35. <https://DOI.org/10.1192/bjp.178.1.29>
- Akiskal H.S., Bitar A.H., Puzantian V.R., Rosenthal T.L., Walker P.W. The nosological status of neurotic depression: a prospective three- to four-year follow-up examination in light of the primary-secondary and unipolar-bipolar dichotomies. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1978;35(6):756–766. <https://DOI.org/10.1001/archpsyc.1978.01770300098011>
- May M. A Critical Reappraisal of the Concept of Neurotic Depression. In: Akiskal H.S., Cassano G.B., eds. *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions.* New York: Guilford press; 1997:130–147.
- Kessing L.V. Endogenous, reactive and neurotic depression — diagnostic and long-term outcome. *Psychopathol.* 2004;37:124–130. <https://DOI.org/10.1159/000078611>
- Völkel H. *Neurotische Depression.* Stuttgart: Theme-Verlag; 1959.
- Lakosina N.D. *Klinicheskie varianty nevroticheskogo razvitiya.* M.: Meditsina; 1970. (In Russ.).
- Ushakov G.K. *Pogranichnye nervno-psichicheskie rasstroistva.* M.: Meditsina; 1978. (In Russ.).
- Lakosina N.D., Trunova M.M. *Nevrozy, nevroticheskie razvitiya lichnosti i psikhopatii: klinika i lechenie.* M.: Meditsina; 1994. (In Russ.).
- Malkina-Pykh I.G. *Viktimologiya.* Sankt-Peterburg: Piter; 2018. (In Russ.).
- Roth M., Mountjoy C.Q. The need for the concept of neurotic depression. In: Akiskal H.S., Cassano G.B., eds. *Dysthymia and the spectrum of chronic depressions.* New York: Guilford press; 1997:96–129.
- Porcerelli J.H., Cogan R., West P.P., Rose E.A., Lambrecht D., Wilson K.E., Severson R.K., Karana D. Violent victimization of women and men: physical and psychiatric symptoms. *J. Am. Board Fam. Pract.* 2003;16(1):32–39. <https://DOI.org/10.3122/jabfm.16.1.32>
- Joy A.B., Hudes M. High risk of depression among low-income women raises awareness about treatment options. *California Agriculture.* 2010;61(1):22–25. <https://DOI.org/10.3733/ca.v064n01p22>
- Foran H.M., Vivian D., O’Leary K.D., Klein D.N., Rothbaum B.O., Manber R., Keller M.B., Kocsis J.H., Thase M.E., Trivedi M.H. Risk for Partner Victimization and Marital Dissatisfaction Among Chronically Depressed Patients. *J. Fam. Viol.* 2012;27:75–85. <https://DOI.org/10.1007/s10896-011-9404-2>
- Chiapelli J., Kochunov P., DeRiso K., Thangavelu K., Sampath H., Muellerklein F., Nugent K.L., Postolache T.T., Carpenter W.T., Hong L.E. Testing trait depression as a potential clinical domain in schizophrenia. *Schizophrenia Research.* 2014;159(1):243–248. <https://DOI.org/10.1016/j.schres.2014.08.003>

23. Harvey P.D., Twamley E.W., Pinkham A.E., Depp C.A., Patterson T.L. Depression in schizophrenia: association with cognition, functional capacity, everyday functioning, and self-assessment. *Schizophr. Bulletin.* 2016;43(3):575–582. <https://DOI.org/10.1093/schbul/sbw103>
24. Смуглевич А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство; 2015.
25. Brodaty H., Luscombe G., Peisah C., Anstey K., Andrews G. A 25-year longitudinal comparison study of the outcome of depression. *Psychol. Med.* 2001;31(8):1347–1359. <https://DOI.org/10.1017/s0033291701004743>
26. Vetter P.H., von Pritzbuer J., Jungmann K., Kropp P., Köller O. The validity of the ICD-10 classification of recurrent affective disorders: do endogenous and psychogenic depressions form a homogeneous diagnostic group? *Psychopathology.* 2001;34(1):36–42. <https://DOI.org/10.1159/000049278>
27. Ghaemi S.N., Vöhringer P.A. The heterogeneity of depression: an old debate renewed. *Acta Psychiat. Scand.* 2011;124:497. <https://DOI.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01746.x>
28. Ghaemi S.N., Vöhringer P.A., Vergne D.E. The varieties of depressive Experience: diagnosing mood disorders. *Psychiat. Clin. N. Am.* 2012;35:73–86. <https://DOI.org/10.1016/j.psc.2011.11.008>
29. Бунеев А.Н. О шизоидных невротиках. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 1923;23(11):198–211.
30. Симпсон Т.П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. М.: Медицина; 1958.
31. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина; 1977.
32. Manicavasagar V., Silove D. Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 1997;31(2):299–303. <https://DOI.org/10.3109/00048679709073835>
33. Варга А.Я. Введение в системную семейную психотерапию. М.: Когито-Центр; 2009.
34. Соколовская Л.В. Типология астенических состояний (реакции, фазы) при психопатиях. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 1989;11:110–114.
35. Сорокин С.А. Типология и клинико-динамические особенности эндогенных апатических депрессий. *Психиатрия.* 2010;5(47):25–31.
36. Ануфриев А.К. Патология общего чувства и аффективные расстройства с эквивалентами. Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях. М.:1979.
37. Колюцкая Е.В. К проблеме дистимических состояний. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 1993;1:96–98.
38. Степанова Е.А., Андриященко А.В. Проблема депрессий, коморбидных соматическим заболеваниям (на модели ишемической болезни сердца). *Психические расстройства в общей медицине.* 2010;4:4–10.
39. Millon T. Disorders of Personality: DSM-III: Axis II. New York: Wiley; 1981. <https://DOI.org/10.1176/ps.33.11.943>
- Harvey P.D., Twamley E.W., Pinkham A.E., Depp C.A., Patterson T.L. Depression in schizophrenia: association with cognition, functional capacity, everyday functioning, and self-assessment. *Schizophr. Bulletin.* 2016;43(3):575–582. <https://DOI.org/10.1093/schbul/sbw103>
- Smulevich A.B. Depression in psychiatric and medical practices. M.: Medical informational agency; 2015. (In Russ.).
- Brodaty H., Luscombe G., Peisah C., Anstey K., Andrews G. A 25-year longitudinal comparison study of the outcome of depression. *Psychol. Med.* 2001;31(8):1347–1359. <https://DOI.org/10.1017/s0033291701004743>
- Vetter P.H., von Pritzbuer J., Jungmann K., Kropp P., Köller O. The validity of the ICD-10 classification of recurrent affective disorders: do endogenous and psychogenic depressions form a homogeneous diagnostic group? *Psychopathology.* 2001;34(1):36–42. <https://DOI.org/10.1159/000049278>
- Ghaemi S.N., Vöhringer P.A. The heterogeneity of depression: an old debate renewed. *Acta Psychiat. Scand.* 2011;124:497. <https://DOI.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01746.x>
- Ghaemi S.N., Vöhringer P.A., Vergne D.E. The varieties of depressive Experience: diagnosing mood disorders. *Psychiat. Clin. N. Am.* 2012;35:73–86. <https://DOI.org/10.1016/j.psc.2011.11.008>
- Buneev A.N. O shizoidnykh nevrotikakh. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova.* 1923;23(11):198–211. (In Russ.).
- Simpson T.P. Nevrozy u detei, ikh preduprezhdenie i lechenie. M.: Meditsina; 1958. (In Russ.).
- Lichko A.E. Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov. L.: Meditsina; 1977. (In Russ.).
- Manicavasagar V., Silove D. Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 1997;31(2):299–303. <https://DOI.org/10.3109/00048679709073835>
- Varga A.Ya. *Vvedenie v sistemnyuyu semeinuyu psikhoterapiyu.* M.: Kogito-Tsentr; 2009. (In Russ.).
- Sokolovskaya L.V. Tipologiya astenicheskikh sostoyanii (reaktsii, fazy) pri psikhopatiyakh. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova.* 1989;11:110–114. (In Russ.).
- Sorokin S.A. Tipologiya i kliniko-dinamicheskie osobennosti endogennykh apaticheskikh depressii. *Psikiatriya.* 2010;5(47):25–31. (In Russ.).
- Anufriev A.K. Patologiya obshchego chuvstva i affektivnye rasstroistva s ekvivalentami. *Psikhosomaticheskie rasstroistva pri tsiklotimnykh i tsiklotimopodobnykh sostoyaniyakh.* M.:1979. (In Russ.).
- Kolyutskaia E.V. K probleme distimicheskikh sostoyanii. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva.* 1993; 1:96–98. (In Russ.).
- Stepanova E.A., Andriushchenko A.V. Problema depressiy, comorbidnykh somaticheskim zabolevaniyam (na modeli ishemicheskoy bolezni serdtsa). *Psichicheskiye rasstroystva v obshchey meditsine.* 2010;4:4–10. (In Russ.).
- Millon T. Disorders of Personality: DSM-III: Axis II. New York: Wiley; 1981. <https://DOI.org/10.1176/ps.33.11.943>

40. Kernberg O.F. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. Yale University: New Haven; 1984.
41. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Лобанова В.М., Воронова Е.И., Жилин В.О., Колюцкая Е.В., Самойлова Е.Д., Сорокина О.Ю. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018;11:4–14.
42. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика и систематика. М.; 1933.
43. Dide M., Guiraud P. Psychiatrie du medecin praticien. Paris; 1929.
44. Воронова Е.И. К проблеме систематики психогенных депрессий (реакции осложненного горя). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016;12:31–39.
45. Пинаева Е.В. К проблеме эротомании. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2001;11:8–12.
- Kernberg O.F. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. Yale University: New Haven; 1984.
- Smulevich A.B., Dubnitskaya E.B., Lobanova V.M., Voronova E.I., Zhylin V.O., Kolyutskaya E.V., Samoilova E.D., Sorokina O.Yu. Personality disorders and schizophrenic defect (problem of comorbidity). *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2018;11:4–14. <https://DOI.org/10.17116/jnevro20181181114> (In Russ.).
- Gannushkin P.B. Klinika psichopatii: ikh statika, dinamika i sistematika. M.; 1933. (In Russ.).
- Dide M., Guiraud P. Psychiatrie du medecin praticien. Paris; 1929.
- Voronova E.I. The systematics of psychogenic depressions (reactions of complicated grief). *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2016;12:31–39. <https://DOI.org/10.17116/jnevro201511511231-39> (In Russ.).
- Pinaeva E.V. K probleme erotomanii. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2001;11:8–12. (In Russ.).

Сорокина Ольга Юрьевна, аспирант ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

E-mail: msolgasorokina@mail.ru

Волель Беатриса Альбертовна, доктор медицинских наук, профессор, старший научный сотрудник ФГБНУ НЦПЗ, заведующая психотерапевтическим отделением УКБ№3 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

E-mail: beatrice.volel@gmail.com

Olga Yu. Sorokina, graduate student, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

E-mail: msolgasorokina@mail.ru

Beatrisa A. Volel, Dr. of Sci. (Med.), professor, senior researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», chief of psychotherapeutic unit, FSAEI HE I.M. Sechenov First MSMU MOH, Moscow, Russia

E-mail: beatrice.volel@gmail.com

Дата поступления 25.11.2018

Date of receipt 25.11.2018

Дата принятия 25.12.2018

Accepted for publication 25.12.2018