УДК 616.89; 616.895.4; 616.89-008.444.1

Прогностическое значение диагностических параметров эндогенных заболеваний, протекающих с картиной бредовых депрессий**Prognostic value of the diagnostic parameters of endogenous diseases with delusional depressions**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-81-20-29>**Юматова П.Е.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Yumatova P.E.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

20

Цель исследования: проанализировать прогностическую роль психопатологических и клинических показателей бредовых депрессий с учетом особенностей бредообразования депрессивных идей и оценки диагностических параметров заболевания.

Материал и методы: клинико-психопатологическим и клинико-катамнестическим методами обследована 91 больная (средний возраст 31,3 года), в динамике эндогенных заболеваний у них диагностировалась бредовая депрессия, фабулу депрессивного бреда составляли идеи самоуничтожения, малоценности, самообвинения и вины. По МКБ-10 состояние больных соответствовало рубрикам F31.5; F32.3 и F33.3. Всего проанализировано 194 бредовые депрессии в картине первых манифестных и повторных эпизодов. Одни больные наблюдались непосредственно в период бредовой депрессии (48,8% больных), другие обследовались ретроспективно (51,6%) с последующим личным катамнестическим наблюдением автора, у 40,7% длительность катамнеза от 5 до 10 лет и больше.

Результаты: при сопоставлении диагностических параметров на разных этапах заболевания установлены клинические показатели, которые на уровне статистической достоверности коррелируют с нозологической оценкой заболевания, формой его течения и степенью прогрессивности и являются прогностически наиболее значимыми. В манифестном периоде на 100% уровне совпадений лидирует показатель типологии бредовых депрессий, разработанный с учетом их психопатологической структуры и механизмов бредообразования депрессивных идей. Как прогностически значимый выступает показатель долевого участия аффекта (маниакального и депрессивного) в формировании структуры бредового компонента аффективно-бредовых состояний, его максимальная представленность (от 100 до 85,1%) сопряжена с непрогрессирующим или относительно благоприятным течением в рамках аффективного психоза, рекуррентной и циркулярной шизофрении. Уровень негативных личностных изменений, отражающий степень прогрессивности заболевания, определяемый до развития бредовой депрессии, находит прямое отражение в показателях тяжести негативного сдвига в картине последующей ремиссии и определяет прогноз ее качества. На доманифестном этапе достоверные признаки прогноза имеют клинические особенности и частота аффективных расстройств (в виде реактивной или аутохтонной аффективной лабильности), а также глубина нарушения шизоидного личностного склада до степени акцентуации, психопатии или псевдопсихопатии.

Заключение: среди клинических параметров доманифестного и манифестного этапов, прогнозирующих механизм бредообразования депрессивных идей в структуре психопатологических типов бредовых депрессий, сопряженных с нозологической оценкой заболевания в целом, доманифестные показатели личностных и аффективных расстройств, а также предшествующий развитию бредовой депрессии уровень социально-трудового функционирования, определяющий картину последующих ремиссий, правомерно также рассматривать как клинико-патогенетические характеристики, отражающие нозологический диагноз, его прогноз и качество ремиссий.

Ключевые слова: бредовая депрессия; бредообразование депрессивных идей; нозология; диагностика; прогноз.

Для цитирования: Юматова П.Е. Прогностическое значение диагностических параметров эндогенных заболеваний, протекающих с картиной бредовых депрессий. *Психиатрия*. 2019;81(1):20–29.

Конфликт интересов отсутствует

The aim of the study: was to analyze the prognostic value of psychopathological and clinical indices of delusional depressions, taking into consideration the specificities of delusion formation of depressive ideas and evaluation of diagnostic parameters of the disease.

Material and methods: a total 91 females (average age was 31,3 yrs.) were examined by using the clinical-psychopathological and clinical and follow up methods. In the dynamics of the endogenous diseases delusional depressions were diagnosed in them, with ideas of self-humiliation, of little value, self-accusation and guilt constituting the content of depressive delusion. According to ICD-10 mental status of the patients corresponded to F31.5; F32.3 and F33.3 items. In all 194 delusional depressions were analyzed in the clinical pictures of first manifest and repeat episodes. Some patients were examined directly during the period of

the delusional depression (48% of patients), others were examined retrospectively (51,6%) with the following personal author's follow-up, in 40,7% the duration of follow up observation was from 5 to 10 and more years.

Results: during comparison of diagnostic parameters at various stages of the disease clinical indices were established, which at the level of statistic reliability correlated with nosological evaluation of the disease, its course, and the degree of its progression, and are prognostically the most significant. In manifest period at the 100%-level of concurrence the index of the typology of delusional depressions was in the lead, which was developed taking into consideration their psychopathological structure and mechanisms of delusion formation of depressive ideas. The index of share holding of affect (manic and depressive) is prognostically significant in the formation of structure of delusional component of affective-delusional states, its maximum presentation (from 100 to 85%) is conjugated with non-progressive, or relatively favorable course within the framework of affective psychosis, recurrent and cyclothymia schizophrenia. The level of negative personality changes, reflecting the degree of the disease progression being detected before the development of delusional depression, is directly embodied in the indices of negative shift in the clinical picture of the subsequent remission and determines the prognosis of its quality. At pre-manifest stage the reliable signs of the prognosis have clinical specificities and the frequency of affective disorders (in the form of reactive, or autochthonous affective lability), as well as the depth of impairment of schizoid personality disposition up to the degree of accentuation, psychopathy, pseudopsycopathy.

Keywords: delusional depression; depressive delusion formation; nosology; diagnostics; prognosis.

For citation: Yumatova P.E. Prognostic value of the diagnostic parameters of endogenous diseases with delusional depressions. *Psychiatry*. 2019;81(1):20–29.

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Проблема диагностики и клинического изучения депрессий составляет одну из актуальных задач современной психиатрии и медицины в целом. По данным ВОЗ (2017), депрессии, включая все их разновидности, диагностируются у 300 млн человек, что составляет 4,4% населения земного шара, в РФ их распространенность доходит до 5,5%. Сопровождающие депрессии высокий суицидальный риск и значительные негативные последствия, утяжеляющие социально-трудовое функционирование больных, в 2–6 раз превышают таковые при другой психической патологии и увеличивают экономические затраты на содержание больных. По данным проведенного в пяти европейских странах исследования, 19% диагностированных в популяции населения депрессий были расценены как психотические (в том числе бредовые), показатель их распространенности составил 0,4% [1].

Депрессивный бред описывался как отечественными, так и зарубежными психиатрами уже в работах конца XIX — начала XX века в рамках простой меланхолии и циклотимной эндогенной депрессии и расценивался как голотимный и наиболее «характерный бредовой феномен» депрессивного расстройства [2–6]. В последующем депрессивные бредовые идеи стали определяться в качестве одного из облигатных признаков эмоционального компонента в триаде депрессивного синдрома (меланхолии) [7–10], другие авторы относили депрессивный бред к дополнительным признакам обязательных эмоциональных симптомов [11–12]. В рамках научной дискуссии, длящейся почти полтора столетия, обсуждался приоритет и «первичность» интеллектуальной или аффективной сфер в генезе депрессивного бреда и его тематического содержания. Большинство как зарубежных, так и отечественных авторов депрессивный бред традиционно рассматривали как «вторичное» образование по отношению к первичному, депрессивному аффекту, который напрямую влияет на содержание депрессивных

бредовых идей (на конгруэнтность фабулы аффекту) и «как бы определяет дальнейшую динамику бредовых идей вплоть до меланхолической парафрении» [13–14]. Бредовые расстройства, которые в структуре депрессивно-бредовых состояний лишь усложняют проявления собственно депрессии, не являясь конгруэнтными ей симптомами ни по содержанию, ни по механизмам бредообразования, расценивались как «первичные» бредовые расстройства [15–17]. В психопатологических описаниях бредовых депрессивных идей авторы обращали внимание на характеристику конкретной фабулы депрессивного бреда и ее взаимоотношения с особенностями депрессивных симптомов [18–20]. Между тем анализу синдромальной структуры бредовых депрессий, особенностям бредообразования депрессивных идей и их клинической и нозологической оценке уделялось незаслуженно мало внимания.

Постепенный отказ от клинических принципов в диагностике бредовых депрессий нашел отражение в современных действующих статистических классификациях психических болезней МКБ-10 (1994) и DSM-5 (2014), где бредовая депрессия рассматривается как подтип синдромально и нозологически неопределенного «депрессивного расстройства с психотическими симптомами». В его рамках лишь «при необходимости» предлагается разделять симптомы психоза (в том числе и бредового) на конгруэнтные и не конгруэнтные полюсу аффекта, не обсуждая диагностического значения такой дифференциации. В то же время при разработке версии DSM-5 широко обсуждался вопрос о вынесении психотической депрессии в отдельную диагностическую категорию, но не на основе ее психопатологических или клинических показателей, а лишь с учетом дополнительных биологических (нейроэндокринологических, биохимических), генетических и психологических характеристик («доменов»), сочетая такой подход к оценке бредовых депрессий с данными психоанализа и психометрии [21–25]. Эти показатели, имея важное патогенетическое значение в оценке бредовых депрессий, могут рассматриваться лишь как дополнительные

по отношению к клиническим показателям, определяющим диагностику и прогноз бредовых депрессивных идей в картине эндогенных депрессий.

Таким образом, на современном этапе развития психиатрической науки как теоретические, так и практические аспекты изучения депрессивных бредовых идей в картине эндогенных бредовых депрессий, включая их клинико-психопатологическую дифференциацию, понимание механизмов развития и его динамики, остаются малоизученными и сохраняют актуальность при разработке персонализированных параметров диагностической и прогностической оценки заболевания.

Цель исследования: проанализировать клинико-психопатологические особенности диагностических параметров на разных этапах динамики эндогенного заболевания, протекающего с картиной бредовых депрессий, и определить их прогностическую роль в оценке его нозологической природы и степени прогрессивности.

Материал и методы исследования: обследована 91 больная, в динамике эндогенного заболевания у них клинически диагностировалась бредовая депрессия, фабулу депрессивного бреда в ее общей картине составляли идеи самоуничтожения, малоценности, самообвинения и вины.

От каждой пациентки было получено добровольное информированное согласие об участии в исследовании. Исследование проведено в соответствии с принципами и правилами Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г., одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ.

По МКБ-10 состояние больных соответствовало рубрикам F31.5; F32.3 и F33.3 и определялось как «тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами». Возраст больных на момент обследования был от 18 до 55 лет (средний возраст — 31,3 года), большинство больных (81,3%) наблюдались в возрастном диапазоне 21–40 лет, в этом же возрасте у них впервые в динамике заболевания диагностировалась бредовая депрессия. Исследование проводилось в двух группах больных. Одну группу составили 44 больных (48,8%), которые наблюдались непосредственно во время их стационарирования в клинику НЦПЗ по поводу бредовой депрессии в период 2007–2009 и 2013–2017 гг., из них у 21 депрессивный бред в структуре бредовой депрессии формировался в картине первого манифестного состояния, у 23 — впервые в повторных состояниях. Другая группа включала 47 больных (51,6%), впервые госпитализированных в клинику НЦПЗ в период 2000–2006 гг. по поводу бредовой депрессии, которая анализировалась ретроспективно по данным архивных историй болезни. Больные обеих групп обследовались катamnестически автором лично. Длительность катamnеза составила от 1 до 10 лет и больше, у 40,7% больных — 5 лет. Всего клинико-психопатологическим методом проанализировано 194 бредовых депрессий. У 40 больных (43,9%) они формировались в картине первых манифестных состояний, у 51 (56,1%) — впер-

вые только в повторных эпизодах, 37 больных (40,7%) в динамике заболевания перенесли по несколько повторных бредовых депрессий. Исследование проводилось клинико-психопатологическим, клинико-катamnестическим и клинико-психометрическим (с использованием международной шкалы оценки глобального функционирования GAF) методами. Статистическая достоверность результатов оценивалась с помощью критерия *t* Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с целью исследования проанализированы клинические характеристики разных этапов заболевания — доманифестного, манифестного и в ремиссиях после бредовой депрессии. Среди клинических показателей заболевания рассматривались типологические разновидности депрессивного бреда в картине бредовой депрессии, полярность аффекта в динамике заболевания, степень участия аффекта в формировании бредового компонента в структуре аффективно-бредовых психозов.

Проведенный нами ранее (2014) анализ клинико-психопатологической структуры бредовых депрессий и механизмов бредообразования депрессивных идей показал неоднозначность указанных параметров у разных больных. На основе этих параметров было выделено четыре типа бредовых депрессий, различающихся условиями формирования фабулы депрессивного бреда, степенью реальности событий, включенных в содержание депрессивных идей, и характером реального участия в них больных. Бредообразование голотимных депрессивных идей происходило по типу интеллектуального бреда воображения (I тип), по типу наглядно-образного бреда воображения (II тип), по механизмам несистематизированного интерпретативного бреда с усложнением нестойкими персекуторными идеями (III тип) или по смешанным механизмам бредообразования с картиной интеллектуального бреда воображения и его видоизменением до острого чувственного бреда с картиной эмоционального бреда воображения с вторичными персекуторными идеями (IV тип).

Установлено, что разработанная типология депрессивного бреда находится в тесной взаимосвязи с клиническими особенностями заболевания в целом. Сопоставление диагноза эндогенного заболевания, его нозологической оценки и форм течения с описанными типами бредовых депрессий на 100% достоверном уровне показало прямое соотношение описанных механизмов бредообразования депрессивных идей в картине их типологических разновидностей с нозологическим диагнозом заболевания, отражающим и степень его прогрессивности. Обнаружено, что разные по психопатологической структуре типы бредовых депрессий несут в себе прогностическую информацию о нозологической природе и форме течения заболевания, в рамках которого они развиваются

Таблица 1/Table 1

Соотношение психопатологических типов депрессивного бреда в картине эндогенной депрессии с нозологической оценкой заболевания (абс./%)/Correlation of psychopathological types of depressive delusion in endogenous depression with nosological evaluation of the disease (abs./%)

Тип депрессивного бреда/Type of depressive delusion	Нозологическая оценка и формы течения заболевания/Nosological evaluation of the disease			
	Аффективный психоз/Affective disorder	Шизофрения приступообразная, рекуррентная форма/Recurrent schizophrenia	Шизофрения приступообразно-прогредиентная, шубообразная форма/Shift-like schizophrenia	Шизофрения приступообразная, циркулярная форма/Circular schizophrenia
I	100	–	–	–
II	–	100	–	–
III	–	–	100	–
IV	–	–	–	100

Таблица 2/Table 2

Показатели социально-трудовой адаптации больных в ремиссиях после разных типов бредовых депрессий (по среднему баллу шкалы GAF)/Indices of social and labor adjustment of patients in remission after various types of delusional depressions (according to average GAF score)

Место бредовых депрессий в динамике заболевания/Delusional depression and disease stadium		Тип бредовых депрессий/GAF score and type of depressive delusion			
		I	II	III	IV
При первой манифестации заболевания/In the first manifested episode	До/Before	94,8	90,5	–	92
	После/After	91,5	86,7	–	78
Впервые в повторных эпизодах/For the first time in recurrent episodes	До/Before	89	84	48,8	66
	После/After	87,6	81	47,5	66
В картине повторных бредовых депрессий/In recurrent delusional depressions	До/Before	82	78	–	66
	После/After	80,1	75,3	–	61

и наблюдались в разных группах больных. Так, I тип депрессивного бреда развивался в рамках фазовой динамики аффективного психоза (1-я группа больных); II тип депрессивного бреда наблюдался в динамике рекуррентной шизофрении с повторным формированием приступов по типу «клише» (2-я группа); III тип депрессивного бреда развивался в структуре приступов шубообразной шизофрении с тенденцией к усложнению их психопатологической картины (3-я группа); IV тип депрессивного бреда наблюдался в рамках приступообразной циркулярной шизофрении (4-я группа) (табл. 1).

Прогностическая значимость типа эндогенной депрессии для оценки степени прогредиентности заболевания в нозологически разных группах больных нашла прямое отражение в показателях качества ремиссий, следующих после завершения разных типов бредовых депрессий. Оценка индивидуальных параметров ремиссий определялась по показателям степени личностных негативных изменений, включая характеристики социально-трудовой адаптации больных. Они служили дополнительным диагностическим критерием оценки степени прогредиентности заболевания и его прогноза в целом и анализировались психометрически с использованием шкалы, включающей суммарную

оценку трудовой и профессиональной деятельности больных в динамике и показатели уровня их социального функционирования в целом. Было установлено, что как впервые развившиеся, так и повторные бредовые депрессии развивались на фоне разной глубины негативных расстройств, сформировавшихся в результате предшествующей динамики заболевания. Поэтому тяжесть диагностированных негативных изменений в ремиссиях сопоставлялась с тяжестью негативных расстройств, непосредственно предшествующих развитию как первых, так и повторных бредовых депрессий (табл. 2).

Данные табл. 2 показали разное качество ремиссий после бредовых депрессий с разными типами бредообразования депрессивных идей, отражающее степень тяжести негативных изменений личности и уровень социально-трудовой адаптации больных в разных группах больных.

Было установлено, что сам по себе уровень социального функционирования больных в ремиссиях по сравнению с предшествующими показателями снижался незначительно, в среднем на 3,3–1,4 балла по шкале GAF. Наиболее благоприятное качество ремиссий было после I типа эндогенной депрессии в 1-й группе больных, независимо от порядкового номера ее в динамике

Таблица 3/Table 3

Частота аффективно-бредовых состояний, формирующихся с участием (или без) аффективного компонента в структуре бреда (абс./%)/The frequency of affective-delusional states, forming with (or without) participation of affective component in delusion structure (abs./%)

Группы больных/ Patients groups	Аффективно-бредовое состояние/Affective-delusional states					
	Всего состояний/Total number of episodes		Без участия аффекта/Without participation of affective component in delusion structure		С участием аффекта/With participation of affective component in delusion structure	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1-я группа	105	100%	–	–	105	100%*
2-я группа	67	100%	10	14,9%	57	85,1%*
3-я группа	38	100%	29	76,3%*	9	23,7%
4-я группа	39	100%	1	2,6%	38	97,4%**

* Достоверность различий при $t = 0,01$.

** Достоверность различий при $t = 0,001$.

заболевания и оставался в пределах изначально довольно высокого уровня оценки — в диапазоне 100–81 баллов. II и IV типы бредовой депрессии занимали как бы промежуточное положение между I и III типами по качеству ремиссий. При III типе бредовой депрессии, которая развивалась только в повторных приступах, качество ремиссий достигало в целом более глубоких степеней снижения социально-трудового функционирования больных по GAF, до уровня 50–41 балла, сопровождался инвалидизацией больных. Он изначально предшествовал развитию бредовой депрессии в 3-й группе больных и свидетельствовал о развитии бредовой депрессии III типа в условиях уже достигнутой большей прогрессивности заболевания. В результате перенесенной бредовой депрессии III типа качество ремиссий практически оставалось в том же невысоком уровне диапазоне, хотя средний балл GAF снижался незначительно с 48,8 до 47,5 (на 1,3 балла).

Приведенные данные об особенностях качества ремиссий в разных группах больных отражают разную степень прогрессивности заболевания и могли бы рассматриваться как один из прогностических параметров его нозологической оценки. Вместе с тем, поскольку сама по себе степень снижения социально-трудового функционирования больных в результате непосредственного завершения разных типов бредовой депрессии при выходе в ремиссию незначительна, а фактический уровень ее обусловлен диапазоном социального функционирования больных и степенью прогрессивности заболевания, уже сформировавшихся на его предыдущих этапах, то диагностические характеристики качества ремиссий после бредовой депрессии можно рассматривать как лишь опосредованные нозологической природой заболевания в разных группах больных и формой его течения, которые в первую очередь «запрограммированы» прогностической значимостью параметра синдромальной оценки (типа) бредовой депрессии. Таким образом, показатель синдромальной характеристики, отражающий типологические особенности и механизм бредообразования в картине бредовых депрессий, обнаружил высокодо-

стоверные и значимые различия при оценке его как основного диагностического параметра в разных нозологических группах больных, определяющего прогноз, нозологическую оценку и соответствующую ей степень прогрессивности эндогенного заболевания, в рамках которого он развивался. Эти данные находятся в соответствии с положением о клинических закономерностях формирования форм течения эндогенных психозов, отражающих единство психопатологической структуры синдрома, нозологической оценки и степени прогрессивности заболевания [26].

Анализ диагностической значимости степени показателей полярности аффекта в динамике заболевания (монополярно-депрессивного или биполярного) не обнаружил статистически достоверных различий ни с типологической характеристикой бредовых депрессий в динамике эндогенного заболевания, ни с его нозологической оценкой.

Во всех четырех клинических группах больных имел место как би-, так и монополярный характер аффективных расстройств, формирующийся в ходе динамики заболевания. Статистически достоверно можно было говорить о преобладании монополярно-депрессивного аффекта только в группах больных с диагнозом рекуррентной и циркулярной шизофрении (2-я и 4-я группы) (статистическая достоверность на 5% и 1% уровне соответственно), т.е. в рамках наиболее благоприятных по степени прогрессивности форм течения шизофрении. Однако монополярно-депрессивный тип аффекта может рассматриваться как прогностически благоприятный в динамике форм течения только шизофрении. Тогда как в рамках непрогрессивного аффективного психоза (1-я группа больных) имеется лишь тенденция к достоверности различий ($t = 1,71$) и преобладанию по частоте биполярного аффекта. Эти данные позволяют лишь условно рассматривать признак полярности аффекта как определяющий прогностический параметр степени прогрессивности эндогенного заболевания.

Прогностически более значимым оказался показатель частоты (долевого участия) как маниакального, так и депрессивного аффекта в психопатологической

Таблица 4/Table 4

Распределение больных по уровню (глубине) нарушений личностных шизоидных свойств на доманифестном этапе (абс./%)/Distribution of patients according to the level (depth) of personality schizoid properties impairments at pre-manifest stage (abs./%)

Группы больных/ Patients groups	Уровень личностных свойств/Personality characteristics						Всего/Total	
	Акцентуированный/ Accentuation		Психопатический/ Psychopathic		Псевдопсихопатический/ Pseudopsychopathic			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
I тип	33	75,0*	11	25,0*	-		44	100,0
II тип	14	60,1	9	39,9	-		23	100,0
III тип	1	11,1	3	33,3	5	55,6	9	100,0
IV тип	2	13,3*	13	86,7*	-		15	100,0

* $t = 0,01$.

картине заболевания в четырех группах больных. При этом учитывались аффективные расстройства не столько в картине «чисто» аффективных синдромов в динамике заболевания, сколько степень участия (конгруэнтность) аффекта в психопатологической структуре и механизмах формирования психотических (бредовых) расстройств в картине сложных аффективно-бредовых психозов.

Обнаружено, что «чисто» аффективные синдромы в динамике заболеваний в 1-й, 2-й, 3-й и 4-й группах больных по частоте значительно уступали аффективно-бредовым и наблюдались соответственно в 13,9; 5,6; 26,9 и 40,9%, тогда как преобладающими были аффективно-бредовые состояния. Доля аффекта в формировании психопатологической структуры аффективно-бредовых синдромов в 1-й, 2-й, 3-й и 4-й группах больных составляла соответственно 100; 85,1; 23,7 и 97,4%.

То есть больший процент участия аффекта в психопатологической картине бредового компонента аффективно-бредовых расстройств наблюдался при МДП (1-я группа) и при циркулярной шизофрении (4-я группа) и был высокодостоверным при $t = 0,01$ и $0,001$. Эти показатели характеризовали наибольшую степень благоприятности прогноза заболевания в этих группах больных и определяли его нозологический диагноз и форму течения (табл. 3).

Анализ клинических характеристик заболевания в доманифестном периоде его развития позволил выделить ряд прогностически значимых диагностических показателей. В первую очередь они включали особенности личностного склада в группах больных, различающихся нозологической оценкой заболевания.

У больных всех четырех групп преморбидные личностные свойства обнаружили главенство шизоидного радикала в их структуре. Его общими особенностями являлись склонность к аутистическим фантазиям в сочетании с чертами «образцовости» в поведении, нивелировки эмоциональных реакций с рациональной оценкой событий и отношений с окружающими. Общие шизоидные особенности в картине личностных характеристик у больных разных групп различались

не только по степени выраженности, но и наблюдались в типологически разных картинах шизоидного склада.

Основным параметром их разделения было наличие астенического или стенического радикала в структуре шизоидных свойств, которые соответственно включали типологические разновидности с психастеническими чертами и сенситивных шизоидов или шизоидов с гипертимными чертами и экспансивных шизоидов.

Однако распределение по частоте типологических особенностей шизоидных преморбидных свойств и по преобладающему их полюсу не установило статистически значимых различий по этим параметрам у больных четырех групп. Лишь во 2-й группе больных с рекуррентным течением шизофрении установлены статистически значимые различия по преобладанию сенситивных шизоидов над шизоидами с гипертимными чертами и по частоте астенического радикала личностных свойств над стеническим ($t = 0,01$). Поэтому эти параметры оценки личностных свойств не могли рассматриваться как прогностические для всех больных.

Прогностически значимыми у больных всех четырех клинических групп оказались личностные показатели, отражающие качество и глубину нарушения шизоидных свойств, дифференцированных как акцентуация, психопатия или псевдопсихопатия (дефицитарные шизоиды) (табл. 4).

Распределение больных по этому показателю показало, что в 1-й группе больных, где заболевание нозологически оценивалось в рамках непрогредиентного аффективного психоза, а бредовая депрессия в его динамике развивалась по I типу бредообразования депрессивных идей, уровень нарушения шизоидных личностных особенностей был относительно неглубоким и у 75% соответствовал акцентуации характера. У больных 2-й группы, где в динамике рекуррентной шизофрении имело место формирование II типа бредовых депрессий, склад личности на доманифестном этапе в 1,5 раза чаще (в 60,1% случаев) также определялся как акцентуация характера по сравнению с психопатическим. В 3-й группе больных, у которых заболевание диагностировалось как более прогредиентное,

Таблица 5/Table 5

Распределение больных по частоте симптомов реактивной и аффективной лабильности на доманифестном этапе заболевания (абс./%)/Distribution of patients according the frequency of symptoms of reactive and affective lability at pre-manifest stage of the disease (abs./%)

Группы больных/ Patients groups	Реактивная лабильность/ Reactive lability abs./%	Аутохтонная аффективная лабильность/ Autochtone affective lability abs./%	Не было/Was absent abs./%	Всего больных/ Total abs./%
I	19/43%	17/38%	8/19%	44/100%
II	14/61%*	8/35%*	1/4%*	23/100%
III	1/11%*	8/89%*	–	9/100%
IV	12/80%*	–	3/20%*	15/100%

* Статистические различия на 5% уровне, $t = 0,05$.

в рамках шубообразной шизофрении, и проявлялось III типом бредовой депрессии с бредообразованием депрессивных идей как несистематизированных интерпретативных, на доманифестном этапе более чем в половине случаев наблюдалась наибольшая глубина личностных нарушений, доходящая до уровня псевдопсихопатии (55,6%) и психопатии (у 33,3%). У больных 4-й группы, где в динамике заболевания картина бредовых депрессий характеризовалась сложным бредообразованием депрессивных идей (по IV типу), а само заболевание развивалось по закономерностям циркулярной формы шизофрении, на доманифестном этапе обнаруживалось преобладание шизоидных свойств на уровне психопатических (у 86,7% больных). Таким образом, параметр глубины нарушения шизоидных личностных свойств на доманифестном этапе по уровню статистической достоверности различий между величинами частоты их встречаемости на доманифестном этапе заболевания в четырех группах больных может рассматриваться как прогностически значимый для нозологической диагностики заболевания и формы его течения, включая степень его прогрессивности и оценку типа бредовой депрессии в его динамике.

В качестве прогностических показателей доманифестного периода у большинства больных проанализированы клинические особенности аффективных нарушений, диагностированных в рамках реактивной или аутохтонной аффективной лабильности. Они различались частотой встречаемости на доманифестном этапе и имели свои особенности динамики перед манифестацией заболевания у больных всех четырех нозологических групп.

Было характерно, что по мере приближения к манифестации заболевания в картине аффективных нарушений доманифестного этапа постепенно утрачивалась связь депрессивного настроения с психогенным воздействием (провокацией), происходила «эндогенизация» картин аффективной лабильности до аутохтонных биполярных проявлений и их углублением до фазовых состояний.

Так, в 1-й группе больных аффективным психозом аффективные нарушения на доманифестном этапе имели место у большинства больных (93%) и по видам распределялись практически равномерно: в 38%

случаев имела место аутохтонная аффективная лабильность, а у 43% пациентов — реактивная лабильность с последующим видоизменением в аутохтонную аффективную лабильность и «эндогенизацией» аффективных расстройств. На доманифестном этапе заболевания во 2-й группе больных преобладали почти в 2 раза явления нажитой реактивной лабильности (у 61% против 35%) с незначительной «эндогенизацией» аффективных расстройств в последующей динамике. У больных 3-й группы на всем протяжении доманифестного этапа явления аутохтонной аффективной лабильности были преобладающими и наблюдались у 89% больных. На всем протяжении доманифестного периода у 80% больных 4-й группы диагностировалась только нажитая реактивная лабильность, но в динамике ее доманифестные психопатологические проявления могли углубляться до уровня клинически очерченных эпизодов эндореактивных депрессий (табл. 5).

Приведенные дифференцированные данные о достоверности различий в клинических характеристиках глубины личностных и аффективных расстройств на доманифестном этапе в разных группах больных (см. табл. 4, 5), находясь в прямом соответствии с особенностями клинических характеристик манифестного периода и определяя их диагностику и прогноз в целом, могут также рассматриваться как значимые клинко-патогенетические параметры, обуславливающие характер развития заболевания при его манифестации, его нозологическую оценку, форму течения, степень прогрессивности и психопатологический тип бредовой депрессии в его динамике.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клинко-психопатологический анализ диагностических параметров на разных этапах эндогенного заболевания, протекающего с картиной бредовой депрессии в его динамике, определяющих прогноз в целом, показал, что наибольшую прогностическую значимость в манифестном периоде обнаруживают механизмы бредообразования депрессивных идей в картине бредовой депрессии, которые определяют ее типологические особенности и обнаруживают достоверное совпадение с нозологической оценкой заболевания, формой

его течения и степенью прогрессивности в соответствующих нозологических группах больных.

В качестве статистически достоверного диагностического параметра, определяющего прогноз и степень прогрессивности заболевания, клинически значимым выступает также показатель долевого участия аффекта (как депрессивного, так и маниакального) в механизмах формирования бредовых расстройств в структуре аффективно-бредовых состояний, формирующихся в динамике заболевания в нозологически разных группах больных. Максимально представленная частота участия аффекта (на уровне 85,1–100%) указывала на непрогрессивное (в рамках аффективного психоза) или относительно благоприятное (при рекуррентной и циркулярной шизофрении) течение, тогда как в группе больных с наиболее прогрессивной динамикой шизофренического участия аффекта в формировании структуры психотических расстройств было наименьшим, всего в картине 23,7% состояний.

Диагностический параметр негативного сдвига, формирующегося непосредственно в результате перенесенных разных типов бредовых депрессий, оценивается как незначительный, но в картине ремиссий фактически он определяется уровнем негативных изменений и нарушением социально-трудового функционирования, уже достигнутых до развития бредовой депрессии и опосредованных разной нозологической

природой заболевания и формой его течения, и может рассматриваться как прогностически значимый показатель степени его прогрессивности в целом, но не самого синдромального типа.

Характеристика глубины и тяжести нарушений в структуре шизоидного склада личности на доманифестном этапе, диагностированных в рамках акцентуации, психопатии или псевдопсихопатии, а также диагностическая оценка доманифестных аффективных расстройств, выступающих в рамках реактивной и аффективной лабильности, напрямую достоверно соотносятся с диагностическими параметрами манифестного периода, с психопатологическими типами бредовых депрессий, нозологической оценкой заболевания в целом и степенью его прогрессивности, выступая в качестве персонифицированных параметров их прогноза.

Приведенные как прогностически значимые диагностические параметры аффективных расстройств и глубины нарушения личностных шизоидных свойств на доманифестном этапе, а также уровень негативных изменений на манифестном этапе заболевания, сформированных до развития бредовых депрессий, который определяет картину и качество последующих после них ремиссий, одновременно могут быть обозначены как клинко-патогенетические характеристики манифестного этапа заболевания, отражающие его нозологический диагноз, степень прогрессивности и прогноз качества ремиссий.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ohayon M.M., Schatzberg A.F. Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *Am. J. Psychiatry*. 2002;159(11):1855–1861. <https://DOI:10.1176/appi.ajp.159.11.1855>
2. Корсаков С.С. Избранные произведения. М.: Государственное издательство медицинской литературы МЕДГИЗ; 1954.
3. Каннабих Ю.В. История психиатрии. М.: Академический проект; 2012.
4. Griesinger W. Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, für Aerzte und Studierende, Zweite Auflage. Stuttgart: Verlag von Adolph Krabbe; 1861.
5. Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов. М.: Изд-во А.А. Карцева; 1910.
6. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. М.: Изд-во Независимой психиатрической ассоциации; 1993.
7. Морозов В.М. Маниакально-депрессивный психоз (циркулярная депрессия). Лекция. Избранные труды. М., Медиа Медика; 2007:207–223.
8. Снежневский А.В. Бред. Руководство по психиатрии в 2 томах. Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина; 1983;(I):29–35.
9. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). Н. Новгород: Изд-во НГМА; 1998:79–80.
- Ohayon M.M., Schatzberg A.F. Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *Am. J. Psychiatry*. 2002;159(11):1855–1861. <https://DOI:10.1176/appi.ajp.159.11.1855>
- Korsakov S.S. Izbrannye proizvedeniya. M.: Gosudarstvennoe izdatel'stvo medicinskoj literatury MEDGIZ; 1954. (In Russ.).
- Kannabih Yu.V. Istoriya psihiatrii. M.: Akademicheskij projekt; 2012. (In Russ.).
- Griesinger W. Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende, Zweite Auflage. Stuttgart: Verlag von Adolph Krabbe; 1861.
- Krepelin E.H. Uchebnik psihiatrii dlya vrachej i studentov. M.: Izd-vo A.A. Karceva; 1910. (In Russ.).
- Blejler E. Rukovodstvo po psihiatrii. M.: Izd-vo Nezavisimoj psihiatricheskoj asociacii; 1993. (In Russ.).
- Morozov V.M. Maniakal'no-depressivnyj psihoz (cirkulyarnaya depressiya). Lekciya. Izbrannye Trudy. M., Media Medika; 2007:207–223. (In Russ.).
- Snezhnevskij A.V. Bred. Rukovodstvo po psihiatrii v 2 tomah. Pod red. A.V. Snezhnevskogo. M. Medicina; 1983;(I):29–35. (In Russ.).
- Morozov G.V., Shumskij N.G. Vvedenie v klinicheskuyu psihiatriyu (propedevtika v psihiatrii). N. Novgorod: Izd-vo NGMA; 1998:79–80. (In Russ.).

10. Goodwin F.K., Jamison K.R. Manic-depressive Illness, Bipolar Disorders and recurrent Depression. 2nd ed. Oxford University Press. (March 20, 2007).
11. Тиганов А.С. Депрессивный синдром. В кн.: Общая психопатология. Курс лекций. М.: МИА; 2008;(3):57–68.
12. Смулевич А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. 4-е изд. М.: МИА; 2015;5:132–153.
13. Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы. М.: Медицина; 1975.
14. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Л.: Медицина; 1988:32–40.
15. Тиганов А.С. Рекуррентная периодическая шизофрения. Руководство по психиатрии. Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина; 1999;(2):428–432.
16. Портнов В.В. Типологическая дифференциация депрессивно-параноидных состояний при шизофрении. *Психиатрия*. 2006;3:7–12
17. Вайтбрехт Х.Й. Клиническая психиатрия. Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. Пер. с нем. М.; 1967:59–66.
18. Ey H. La melancolie. In: Etudes psychiatriques, Paris desclee de Brauwer. 1954;III(22):117–200.
19. Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart Georg Thime Verlag; 1976.
20. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. Патология эмоций (аффективности). В кн.: Психиатрия, основы клинической психопатологии. Учебник для вузов. М.: Медицина; 2007;66:191–193.
21. Tsuang M.T., Taylor L., Faraone S.V. An overview of the genetics of psychotic mood disorders. *J. Psychiatric Research*. 2004;38:3–15. PMID: 14690766
22. Gomez R.G., Fleming S.H., Keller J., Flores B., Kenna H., DeBattista C., Solvason B., Schatzberg A.F. The Neuropsychological profile of psychotic major depression and its relation to cortisol. *Biol. Psychiatry* 2006;60:472–478. <https://DOI:10.1016/j.biopsych.2005.11.010>
23. Keller J., Schatzberg A.F., Maj M. Current Issues in the Classification of Psychotic Major Depression. *Schizophr. Bull.* 2007;33(4):877–885. <https://DOI:10.1093/schbul/sbm065>
24. Bremaud N. Mélancolie délirante et paranoïa: diagnostic différentiel. *L'Évolution Psychiatrique*. 2014;79(2):273–285. <https://DOI:10.1016/j.evopsy.2014.01.006>
25. Reininghaus U., Böhnke J.R., Chavez-Baldini U., Gibbons R., Ivleva E., Clementz B.A., Pearlson G.D., Keshavan M.S., Sweeney J.A., Tamminga C.A. Transdiagnostic dimension of psychosis in the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). *World Psychiatry*. 2019;18(1):67–76. <https://DOI:10.1002/wps.20607>
26. Снежневский А.В. Симптоматология и нозология. В кн.: Шизофрения, клиника и патогенез. Под ред. А.В.Снежневского. М.: Изд-во «Медицина»; 1969:5–28.
- Goodwin F.K., Jamison K.R. Manic-depressive Illness, Bipolar Disorders and recurrent Depression. 2nd ed. Oxford University Press. (March 20, 2007).
- Tiganov A.S. Depressivnyj sindrom. V kn.: Obshchaya psihopatologiya. Kurslekcij. M.: MIA; 2008;(3):57–68 (In Russ.).
- Smulevich A.B. Depressii pri psihicheskikh i somaticheskikh zabolevaniyah, 4-e izd. M.: MIA; 2015;5:132–153. (In Russ.).
- Papadopoulos T.F. Ostry`e e`ndogenny`e psixozy`. M.: Medicina; 1975. (In Russ.).
- Nuller Yu.L., Mihalenko I.M. Affektivnye psihozy. L.: Medicina; 1988:32–40. (In Russ.).
- Tiganov A.S. Rekurrentnaya periodicheskaya shizofreniya. Rukovodstvo po psihiatrii. Pod red. A.S. Tiganova. M.: Medicina; 1999;2:428–432. (In Russ.).
- Portnov V.V. Tipologicheskaya differenciatsiya depressivno-paranoidnyh sostoyanij pri shizofrenii. *Psihiatriya*. 2006;3:7–12. (In Russ.).
- Weitbrecht H.J. Klinicheskaya psihiatriya. Pod red. G. Grule, R. Yunga, V. Majer-Grossa, M. Myullera. Per. s nem. M.; 1967:59–66. (In Russ.).
- Ey H. La melancolie. In: Etudes psychiatriques, Paris desclee de Brauwer. 1954;III(22):117–200.
- Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart Georg Thime Verlag; 1976.
- Cygankov B.D., Ovsyannikov S.A. Patologiya ehmocij (affektivnosti). V kn.: Psihiatriya, osnovy klinicheskoy psihopatologii. Uchebnik dlya vuzov. M.: Medicina; 2007;66:191–193. (In Russ.).
- Tsuang M.T., Taylor L., Faraone S.V. An overview of the genetics of psychotic mood disorders. *J. Psychiatric Research*. 2004;38:3–15. PMID:14690766
- Gomez R.G., Fleming S.H., Keller J., Flores B., Kenna H., DeBattista C., Solvason B., Schatzberg A.F. The Neuropsychological profile of psychotic major depression and its relation to cortisol. *Biol. Psychiatry* 2006;60:472–478. <https://DOI:10.1016/j.biopsych.2005.11.010>
- Keller J., Schatzberg A.F., Maj M. Current Issues in the Classification of Psychotic Major Depression. *Schizophr. Bull.* 2007;33(4):877–885. <https://DOI:10.1093/schbul/sbm065>
- Bremaud N. Mélancolie délirante et paranoïa: diagnostic différentiel. *L'Évolution Psychiatrique*. 2014;79(2):273–285. <https://DOI:10.1016/j.evopsy.2014.01.006>
- Reininghaus U., Böhnke J.R., Chavez-Baldini U., Gibbons R., Ivleva E., Clementz B.A., Pearlson G.D., Keshavan M.S., Sweeney J.A., Tamminga C.A. Transdiagnostic dimension of psychosis in the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). *World Psychiatry*. 2019;18(1):67–76. <https://DOI:10.1002/wps.20607>
- Snezhnevskij A.V. Simptomatologiya i nozologiya. V kn.: Shizofreniya, klinika i patogenez. Pod red. A.V. Snezhnevskogo. M.: Izd-vo Medicina; 1969:5–28. (In Russ.).

Юматова Полина Евгеньевна, младший научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия
E-mail: polyum@mail.ru

Polina Ye. Yumatova, junior researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia
E-mail: polyum@mail.ru

Дата поступления 05.02.2019
Date of receipt 05.02.2019

Дата принятия 26.02.2019
Accepted for publication 26.02.2019