<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-16-25>

УДК 616.89; 616.895.4; 616.8-008.64; 616.053.7; 616.89-02-053

Клинико-психопатологические особенности юношеских депрессий с аттенуированными симптомами шизофренического спектра

Омельченко М.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация

ОРИГИНАЛЬНАЯ
СТАТЬЯ

Резюме

Цель: установление клинико-психопатологических особенностей юношеских депрессий с аттенуированными симптомами шизофренического спектра (АСШС) для создания их типологической дифференциации. **Пациенты и методы:** клинико-психопатологически и психометрически обследованы 219 больных юношеского возраста (средний возраст $19,6 \pm 2,4$ года), впервые госпитализированных в клинику ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (НЦПЗ) с 2011 по 2020 г. с первым депрессивным состоянием с АСШС. Группа сравнения включала 52 больных с «классическими» депрессиями юношеского возраста без АСШС (средний возраст $19,6 \pm 2,4$ года). Диагнозы по МКБ-10: F32.1, F32.2, F32.38, F32.8. **Результаты:** по особенностям психопатологической структуры юношеских депрессий с АСШС выделены следующие типы: 1-й тип депрессии с аттенуированными психотическими симптомами (АПС), который в свою очередь подразделялся на подтип 1а депрессий с аттенуированными по выраженности психотическими симптомами (АПС-В) и подтип 1б депрессий с кратковременными интермиттирующими психотическими симптомами (КИПС); 2-й тип депрессий с аттенуированными негативными симптомами (АНС), включающие в себя два подтипа: подтип 2а АНС с преимущественным поражением эмоциональной сферы и подтип 2б АНС с нарушениями мотивационной сферы, а также 3-й тип с аттенуированными симптомами дезорганизации мышления (АСД) в структуре аффективных расстройств. Установлены клинические и достоверные психометрические различия между депрессиями с АСШС и депрессиями без АСШС в группе контроля. **Выводы:** юношеские депрессии с АСШС достоверно отличаются от «классических» юношеских депрессий без АСШС. Установлены различия в психопатологической структуре юношеских депрессий с АСШС, что послужило основанием для создания их типологической дифференциации.

Ключевые слова: юношеские депрессии; ранние этапы шизофрении; аттенуированные психотические симптомы; первичные негативные симптомы.

Для цитирования: Омельченко М.А. Клинико-психопатологические особенности юношеских депрессий с аттенуированными симптомами шизофренического спектра. *Психиатрия*. 2021;19(1):16–25. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-16-25>

Конфликт интересов отсутствует

Clinical Features of Youth Depression with Attenuated Symptoms of the Schizophrenic Spectrum

Omelchenko M.A.

FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation

RESEARCH

Summary

Objective: establishment of clinical and psychometric features of youth depression with attenuated symptoms of the schizophrenic spectrum (ASSS) for early differential diagnosis and nosological assessment. **Patients and methods:** clinical and psychometric examination of young 219 inpatients (average age 19.6 ± 2.4 years), first admitted to the clinic "Mental Health Research Centre" from 2011 to 2020 with the first depressive episode with ASSS. Control group of inpatients (52 patients) with "classical" youth depressions without ASSS (average age 19.6 ± 2.4 years). Diagnosis according ICD-10: F32.1, F32.2, F32.28, F32.8. **Results:** the psychopathological structure of youth depression with ASSS is characterized by the following types: (1) depression with attenuated psychotic symptoms (APS), which were divided into the subtype (1a) depression with APS and (1b) depression with brief limited intermittent psychotic symptoms (BLIPS); (2) depression with attenuated negative symptoms (ANS), comprising two subtypes (2a) with most emotional damage and (2b) with volitional impairment, and type (3) with attenuated symptoms of disorganization (ASD) in the structure of depressive episode. Clinical and reliable psychometric differences have been established between depressions with ASSS and «classical» youth depressions without ASSS. **Conclusions:** youth depression with ASSS is definitely different from "classical" youth depression without ASSS. Differences have been found in the psychopathological structure of youth depression with ASSS, resulting in a typological differentiation.

Keywords: youth depression; early stages of schizophrenia; attenuated psychotic symptoms; primary negative symptoms.

For citation: Omelchenko M.A. Clinical Features of Youth Depression with Attenuated Symptoms of the Schizophrenic Spectrum. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(1):16–25. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-16-25>
There is no conflict of interests

ВВЕДЕНИЕ

Юношеский возраст является временем начала большинства психических расстройств, в том числе и шизофрении [1, 2], которая часто до формирования развернутой клинической картины остается нераспознанной или трактуется в рамках других нозологических единиц [3], и лишь последующее проспективное лонгитудинальное наблюдение таких больных верифицирует психиатрический диагноз. Таким образом, поиск специфических синдромов на ранних этапах заболевания приобретает особую важность для его своевременной диагностики и разработки оптимальных стратегий превентивной терапии [4].

В последние годы отмечается увеличение заболеваемости психическими расстройствами в подростково-юношеском возрасте [5]. Одним из частых расстройств, которое приводит молодых людей к обращению за специализированной помощью, является депрессивный синдром [6]. Обнаружение в его структуре феноменов шизофренического спектра [7, 8], которые хоть и не являются облигатными, но встречаются у подавляющего большинства больных шизофренией, позволяет предположить начало эндогенного процесса [9]. По существующей в настоящее время модели шизофрении [10] к этим феноменам относятся аттенуированные¹ (ослабленные) позитивные, негативные симптомы, формальные нарушения мышления в виде дезорганизации.

Среди аттенуированных позитивных симптомов (АПС) отдельно выделяются недостаточные для верификации в качестве психотических по степени выраженности АПС и по продолжительности кратковременные интермиттирующие психотические симптомы (КИПС) [11]. Для их обнаружения применяются следующие критерии: они должны быть выражены настолько, чтобы обратить на себя внимание пациента и их можно было выявить клинически, их развитие не должно быть вызвано никаким другим психическим расстройством, медицинским состоянием или употреблением психоактивных веществ [12].

Обнаружение негативных симптомов в структуре депрессии сопровождается рядом трудностей, так как депрессивная симптоматика сама по себе может приводить к ложноположительным результатам, а с другой стороны, текущие аффективные расстройства маскируют дефицитарную симптоматику, вплетая ее в психопатологическую структуру депрессии и крайне усложняя верификацию [13, 14]. Тем не менее выявление негативных симптомов, которые как во времена E. Bleuler и E. Kraepelin, так и в последнем издании

DSM-5 [12] считаются ядерными, т.е. «ключевыми» для шизофрении, с высокой степенью вероятности позволяет предположить наличие эндогенного процесса. На инициальном этапе шизофрении негативные симптомы малозаметны, что дало возможность определять их как аттенуированные негативные симптомы [15, 16]. Кроме того, установлено, что поначалу симптоматика исчерпывается субклиническими негативными симптомами и лишь по мере нарастания прогрессивности происходит усложнение клинической картины [13]. Таким образом, в некоторых случаях негативные симптомы могут быть не только ранним, но и единственным маркером начала эндогенного процесса шизофренического спектра.

Что касается первых признаков синдрома дезорганизации [7, 8], то они описываются как часть феномена деавтоматизации [17] или симптомы «малой кататонии» в структуре других психопатологических образований, в том числе юношеской депрессии [18], и не рассматриваются самостоятельно как специфичные для ранней диагностики шизофренического процесса. Это приводит к возможности оценки симптомов выделенных кластеров в качестве клинических маркеров для ранней дифференциальной диагностики шизофренического процесса среди пациентов с первыми юношескими депрессиями.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования — установление клинко-психопатологических особенностей юношеских депрессий с аттенуированными симптомами шизофренического спектра (АСШС) для проведения их типологической дифференциации.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование было проведено на материале 219 больных юношеского возраста (средний возраст $19,6 \pm 2,4$ года), впервые госпитализированных в клинику НЦПЗ с 2011 по 2020 г. с первым депрессивным состоянием с АСШС, относящихся к кластеру позитивных психотических, негативных симптомов и симптомов дезорганизации, с «подпороговой» степенью выраженности, которая, с одной стороны, делала возможным их выявление, а с другой, не позволяла отнести к текущему эндогенному процессу. Для подтверждения особенностей клинических и психометрических характеристик юношеских депрессий с АСШС была дополнительно отобрана контрольная группа (52 больных) с «классическими» депрессиями юношеского возраста без АСШС (средний возраст $19,6 \pm 2,4$ года). По МКБ-10 юношеские депрессии относились к диагностическим рубрикам F32.1, F32.2, F32.38, F32.8.

¹ В настоящей работе применяется заимствованный из английского языка термин «аттенуированный» (attenuated — ослабленный) с целью стандартизации с общемировыми исследованиями по данной тематике.

Общими критериями включения являлись юношеский возраст (16–25 лет), первое обращение по поводу депрессивного состояния, длительность которого к моменту обращения составляла не более пяти лет². Дополнительным критерием включения в контрольную группу было отсутствие описанных АСШС, что определило ее как группу с «чисто аффективным» механизмом патогенеза депрессии.

К критериям не включения относились сопутствующая психическая патология, наличие анамнестических данных о нарушениях психического развития, отчетливые психотические симптомы, позволяющие диагностировать психотическую депрессию с конгруэнтным (F32.33) и неконгруэнтным (F32.34) аффекту бредом, а также клинически значимые хронические соматические и неврологические заболевания.

Исследование соответствовало Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренному варианту 2000 г. и было одобрено Локальным этическим комитетом НЦПЗ. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Клинико-психопатологическое и психометрическое исследование проводилось по шкалам оценки выраженности депрессивных симптомов (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS), позитивных симптомов и симптомов дезорганизации (Scale of Prodromal Symptoms, SOPS) и негативных симптомов (Scale for Assessment of Negative Symptoms, SANS).

Статистический анализ полученных данных осуществлялся с использованием программы STATISTICA 12.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Поиск и верификация «подпороговых» позитивных, негативных симптомов и симптомов дезорганизации в структуре юношеских депрессий проводились путем психопатологического анализа на предмет наличия феноменов из основных кластеров расстройств, характерных для шизофрении: позитивных психотических, негативных симптомов и специфических когнитивных, или симптомов дезорганизации. Таким образом, комплексно проанализировав симптомы юношеских депрессий, которые свидетельствовали об усложнении аффективной структуры теми или иными проявлениями эндогенного процесса, свойственного шизофрении, стало возможным создание типологии. Юношеские депрессии с АСШС были подразделены на 1-й тип депрессии с аттенуированными психотическими симптомами (АПС), которые в свою очередь подразделялись на подтип 1а депрессий с недостаточными по степени выраженности АПС (АПС-В) и подтип 1б депрессий с недостаточными по продолжительности кратковременными интермиттирующими психотическими симптомами (КИПС); 2-й тип депрессии с аттенуированными

негативными симптомами (АНС), включающий в себя подтип 2а АНС с преимущественным поражением эмоциональной сферы и подтип 2б АНС с мотивационными нарушениями, а также 3-й тип с аттенуированными симптомами дезорганизации (АСД) в структуре аффективных состояний (рис. 1).

Юношеские депрессии 1-го типа с аттенуированными психотическими симптомами (АПС) (130 больных; 59,4%) представляли собой наиболее обширную группу, характеризующуюся включением в психопатологическую структуру депрессии отдельных психотических феноменов как галлюцинаторного, так и бредового регистра со следующими клиническими проявлениями: бредовым настроением, состояниями *déjà vu* и *jamais vu*, несвойственной больному ранее недоверчивостью и подозрительностью, феноменами, напоминающими «открытость» мыслей, слуховыми расстройствами в виде шумов, шороха, шепота, окликов, единичных слов и фраз, доносящихся извне или возникающих внутри головы, элементарными обманами зрительного восприятия в виде вспышек, мелькающих геометрических фигур, неких абстрактных конструкций и примитивных образов, отдельными обонятельными и тактильными обманами восприятия.

Характерными особенностями АПС было то, что больные сами никогда не жаловались на них, эти феномены обнаруживались при тщательном психопатологическом обследовании. Пациенты испытывали сложности в подборе слов для описания этих симптомов, нередко скрывали их наличие и рассказывали о них позже, после их редукции. Это можно объяснить крайней необычностью болезненных переживаний, когда больные не могли найти никаких подходящих ассоциаций, чтобы объяснить их понятным для собеседника языком либо воспринимали их как вариант «нормы» и считали, что эти явления в той или иной степени свойственны всем. Пациенты всегда сохраняли критическое отношение к АПС, что также могло быть одной из причин попыток диссимулировать состояние. Эти явления чаще возникали в вечернее и ночное время, особенно в просоночном состоянии. Также триггером их возникновения могли быть различные внешние провоцирующие факторы.

АПС подразделялись на аттенуированные по выраженности (АПС-В) психотические симптомы и ослабленные по продолжительности кратковременные интермиттирующие психотические симптомы (КИПС). АПС-В отличались недостаточной степенью выраженности для верификации их как собственно психотических, а КИПС по своей интенсивности приближались к истинным психотическим расстройствам, однако характеризовались крайней непродолжительностью — от нескольких минут до нескольких часов.

Депрессии подтипа 1а с аттенуированными по выраженности психотическими симптомами (АПС-В) (100 больных; 76,9%) начинались исподволь, отличались медленным, поступательным развитием с постепенным усложнением клинической картины

² Длительность текущего состояния определялась сроками не более пяти лет в соответствии с концепцией «критического» периода заболевания (Malla A., Joobor R., Iyer S., 2017), представляющего наибольшую важность для ранней интервенции.

депрессии. В большинстве случаев в связи с таким плавным началом нельзя было говорить о какой-либо психогенной провокации. Постепенно снижался интерес к прежним увлечениям, обеднялся досуг. Симптоматика на начальном этапе отличалась нестойкостью, сменялась спонтанными непродолжительными периодами восстановления прежнего уровня функционирования.

В дальнейшем появлялись отчетливые депрессивные симптомы, преимущественно тревожно-апатического характера, и одновременно с этим в структуре депрессии возникали отдельные идеи отношения, постепенно нарастала подозрительность, недоверчивость. Больные тяготились своим состоянием, в то время как сохраняющаяся критика не позволяла им полностью довериться болезненным ощущениям. Присоединялись отдельные обманы восприятия, «оклики», «ослышки», когда в речи окружающих больные слышали неприятные для себя слова, понимая, что это не соответствует реальности. На высоте состояния, особенно при внешней провокации, возникали стертые быстропроходящие идеи воздействия. Обратное развитие депрессивного состояния характеризовалось постепенной редукцией АПС с повторяющимися кратковременными эпизодами их усиления на фоне плавной динамики выравнивания фона настроения. Средняя длительность депрессии составила $15,9 \pm 13,4$ мес.

Депрессии подтипа 1б с кратковременными интермиттирующими психотическими симптомами (КИПС) (30 больных; 23,1%) отличались полиморфной симптоматикой инициального этапа депрессивного состояния. В 36,7% случаев (11 больных) началу депрессии предшествовала психогения, в 16,7% наблюдений (5 больных) депрессия начиналась внезапно, без внешней провокации, а у остальных 46,6% (14 больных) на инициальном этапе формировалась

неспецифическая симптоматика в виде повышенной утомляемости, истощаемости, раздражительной слабости. В большинстве случаев формированию развернутой депрессивной симптоматики предшествовал эпизод с КИПС, который в большинстве случаев развивался по механизму, сходному с формированием острого чувственного бреда, однако без сохранения последовательности стадий его развития, с инсценировкой, бредом особого значения, бредовой дереализацией с кратковременным онейроидоподобным помрачением сознания, а также отдельными галлюцинаторными расстройствами.

В целом продолжительность эпизода КИПС составляла от нескольких минут до 2 ч с последующей полной редукцией. В дальнейшем формировалась отчетливая депрессивная симптоматика тревожно-апатической структуры с тягостными воспоминаниями о состоянии острой фазы при сохранении полной критики к нему. Дальнейшее течение депрессивного состояния характеризовалось возобновлением психотической симптоматики, однако в более стертом, рудиментарном виде, напоминающей АПС, что вызывало у пациента страх повторения состояния и приводило к обращению за медицинской помощью. Средняя длительность депрессивного состояния составила $12,6 \pm 12,8$ мес.

Юношеские депрессии 2-го типа с аттенуированными негативными симптомами (АНС) (71 больной; 32,4%) определялись преимущественной представленностью в структуре депрессивного состояния отдельных симптомов, напоминающих дефицитарные расстройства при шизофрении. Для упрощения их выявления, исходя из современной модели негативных симптомов [19], мы сфокусировались на поиске двух основных кластеров — эмоционального и мотивационного. Во всех случаях имеющиеся феномены, относящиеся к негативному кругу расстройств, отличались

Рис. 1. Типологические разновидности юношеских депрессий с аттенуированными симптомами шизофренического спектра

Fig. 1. Typological varieties of youth depression with attenuated symptoms of the schizophrenic spectrum

рудиментарностью и парциальностью, а также потенциальной обратимостью, что не позволяло отнести их к дефицитарным «минус»-симптомам (по J. Jackson) и оправдывало такое определение, как «аттенуированные» негативные симптомы (АНС) [15, 16].

Депрессии подтипа 2а с АНС эмоционального спектра (38 больных; 53,5% случаев) начинались исподволь, при этом достаточно часто (у 15 больных, 39,5%) первые изменения состояния приходились на время пубертата с последующим постепенным нарастанием и усложнением психопатологической структуры. Поначалу клиническая картина была сходна с симптоматикой подростковых кризов, в дальнейшем формировалось стойко сниженное настроение с доминированием дисфорического аффекта, на фоне которого по механизму «короткого замыкания» развивались вспышки эксплозивности в виде импульсивных ауто- и гетероагрессивных действий. По своей структуре этот подтип депрессий напоминал так называемые «гебоидные депрессии» [20].

На фоне стойкой гипотимии пациенты начинали замечать нарастающие изменения в эмоциональной сфере, причем они касались не характерной для депрессии инверсии вектора эмоций в сторону отрицательного полюса, а скорее представляли собой общее притупление с обеднением не только позитивных, но и негативных эмоциональных реакций. Такое состояние *anaesthesia psychica dolorosa* тяжело переживалось больными и являлось основной причиной рефлексии. Редуцировалась дружеская привязанность, прежние близкие связи лишались своей живости и переставали доставлять приятные эмоции. Утрачивались прежние интересы, любимые занятия не приносили удовольствие. Пациенты пугались такой эмоциональной тупости и прикладывали немалые усилия, чтобы «оживить эмоции», совершая необдуманные и даже опасные действия. Однако эти попытки были безуспешны и не вызывали не только искомых гедонистических ощущений, но и вообще острых эмоций, в том числе и негативных. При психопатологическом обследовании выявлялось уменьшение эмоциональной экспрессии, сокращение спонтанных движений, бедность экспрессивных жестов, уплощение амплитудной модуляции речи, а также оскудение речевой продукции, что не соответствовало общему клиническому впечатлению выраженности депрессивного аффекта.

Таким образом, к этому кластеру нарушений относились такие негативные симптомы, характерные для шизофрении, как эмоциональное уплощение и алогия. Однако помимо этих симптомокомплексов в структуре юношеских депрессий имели место также и элементы ангедонии в виде снижения способности к переживанию положительных эмоций без нарушения активности в поиске удовольствия. Правомочность выделения такого аспекта ангедонии в сфере расстройств эмоционального круга определялась общим вектором настоящего исследования, направленного на выявление начальных признаков негативных симптомов, которые

при своей дальнейшей эволюции усложнялись и формировались в конечный стойкий симптомокомплекс, доступный для клинической верификации. Таким образом, выделенное нами понятие «эмоциональная ангедония» имеет большее сродство к уплощению и обеднению спектра эмоций, в отличие от «ангедонии» как негативного симптома шизофрении, который по современным представлениям [21] отражает абулические расстройства. Обратное развитие депрессии характеризовалось медленным выравниванием фона настроения, а также постепенным, но несколько отставленным во времени возвращением эмоциональных реакций, которые часто отличались парциальностью и неполнотой восстановления. Средняя продолжительность юношеских депрессий этого подтипа составляла $25,6 \pm 19,5$ мес.

Депрессии подтипа 2б с АНС мотивационного спектра (33 больных; 46,5% случаев) характеризовались самым медленным и постепенным развитием из всех исследуемых депрессивных состояний. Первым симптомом была астения, которая поначалу переживалась субъективно и проявлялась в повышенной утомляемости, истощаемости при обычной физической и психической нагрузке. В дальнейшем больные начинали предъявлять собственно депрессивные жалобы преимущественно тревожно-апатического характера с сочетанием безразличия, безучастности и отсутствия стремления к деятельности, с одной стороны, и тревожных размышлений о неспособности справиться со своими обязанностями, с другой. Пациентам были свойственны «реакции отказа» с непереносимостью стрессовых ситуаций, когда уже накануне психологически значимых событий возникала выраженная тревога, которая постепенно нарастала и служила причиной совершения импульсивных действий. По мере динамики состояния отмечалась постепенная редукция тревожных расстройств с усилением симптоматики апатоадинамического характера. Формировалась стойкая ангедония со снижением интереса к прежним увлечениям, нарастала аутизация с избеганием любой социальной активности, прекращением межличностных взаимоотношений. Недостаток энергии, влечений и заинтересованности в какой-либо деятельности, выражающийся в недостаточной настойчивости в учебе и труде, физической анергии с быстрой истощаемостью, утомляемостью, усталостью от минимальных нагрузок, причем не только двигательных, но и умственных, напоминал «юношескую астеническую несостоятельность» [20].

Необходимо отметить, что у этих больных ангедония была представлена своим классическим вариантом и характеризовалась не только утратой способности получать удовольствие, но также и потерей активности для его достижения. Следует отметить, что вышеперечисленные симптомы также отличались парциальностью, слабой степенью выраженности, отсутствием единого гармоничного симптомокомплекса, не позволяющего говорить о тотальном поражении

мотивационной сферы. Обратное развитие депрессии характеризовалось постепенным выравниванием фона настроения с частичным восстановлением активности, заинтересованности в деятельности. Ни в одном случае не отмечалось полной редукции имеющихся аттенуированных негативных расстройств, у всех больных сохранялись в той или иной степени элементы ангедонии со снижением способности к устойчивой мотивации; апатии, проявляющейся в безынициативности; снижение возможности установления новых социальных связей. Длительность депрессии в среднем составляла $30,5 \pm 13,7$ мес.

Юношеские депрессии 3-го типа с аттенуированными симптомами дезорганизации (АСД) встречались редко (18 больных; 8,2%), однако обладали специфическими клиническими и патогенетическими характеристиками, которые обосновали выделение их в отдельный тип. Формальные нарушения мышления в этих случаях существенно отличались от идеаторного торможения, которое традиционно рассматривается как один из компонентов аффективной триады. Даже учитывая патопластическое влияние возрастного фактора, существенно меняющее психопатологическую картину идеаторных расстройств при депрессии, наблюдаемые феномены никак не вписывались в аффективную структуру, по своему проявлению больше напоминая нарушения мышления, свойственные шизофрении. В первую очередь аномалии мышления характеризовались нарушением ассоциативного процесса с ослаблением способности подавлять побочные ассоциации, что сопровождалось актуализацией случайных, несущественных свойств и явлений. Это определяло клиническую картину разноплановости мышления с нарушением логических связей и формированием неопределенной, метафоричной речи. Имели место признаки аспонтанности, проявляющиеся внезапным торможением с остановкой ассоциативного потока и выпадением цели мыслительного акта, что лежало в основе феномена блокировки мыслей. Отмечались эпизоды с неожиданным усилением ассоциативного процесса, что приводило к клиническому симптому «наплыва» мыслей и образных представлений, или воспринималось пациентами как существование «параллельных мыслей», нередко направленных в противоположные смысловые полюса, определяя явление амбивалентности. Необходимо отметить, что элементы необычности мышления находили отражение и в письменной речи больных, когда существенно менялся почерк с выделением и подчеркиванием отдельных слов, усилением нажима в прописи букв, а также присоединением малопонятных рисунков, призванных придать тексту нужный пациенту смысл.

Элементы шизофренической разорванности отмечались не только в мыслительной и речевой сферах, но обнаруживались и в моторных актах, что соответствовало отдельным проявлениям описанного А.С. Кронфельдом синдрома «психомоторно-кататонических динамизмов», что клинически выражалось

в симптомах «малой кататонии» с импульсивностью, сменяющейся эпизодами застывания, парциальным мутизмом, манерностью, вычурностью движений, элементами эхопраксии, двигательных стереотипий, а также отдельными симптомами негативизма. Во всех случаях симптоматика отличалась кратковременностью, абортностью и сопровождалась полной критикой, что приводило к чувству стыда, недоумения и попытке скрыть свое состояние от врача. Рудиментарность имеющихся симптомов также позволила определить их как аттенуированные. Психопатологическая структура депрессии определялась как тревожно-апатическая с отчетливой подавленностью, формированием пессимистического мировоззрения, ощущением бесперспективности будущего. Обратное развитие депрессии данного типа характеризовалось довольно быстрой редукцией аффективных расстройств и явлений дезорганизации поведения с относительно длительной персистенцией остаточных когнитивных нарушений, которые на этом этапе вновь были преимущественно представлены неспецифическими трудностями фокусировки и удержания внимания. Средняя длительность депрессивного состояния составила в среднем $13,5 \pm 12,3$ мес.

Клинико-психопатологические характеристики юношеских «классических» депрессий без АСШС и психометрические различия между ними и выделенными типами юношеских депрессий с АСШС. Для уточнения особенностей клинико-психопатологических и психометрических характеристик юношеских депрессий с АСШС был проведен их сравнительный анализ с «классической» депрессией (52 больных), в структуре которой отсутствовали АСШС. Практически в половине случаев (23 больных, 44,3% наблюдений) началу депрессии в этой группе предшествовала психогения. В остальных случаях имелся инициальный этап депрессии с различными полиморфными неспецифическими симптомами и виде явлений аффективной лабильности, астенизации с вегетативными расстройствами, трудностями концентрации внимания и рассеянностью. В дальнейшем формировался собственно депрессивный аффект тревожно-апатической или дисфорической структуры. Полученные нами для этой группы клинические данные совпадают с результатами ранее проведенных исследований юношеских депрессий [20] и подтверждают патопластическое влияние возрастного фактора с формированием особенностей депрессивного состояния с доминированием идеаторного компонента депрессивной триады над моторным, частыми поведенческими нарушениями, а также выраженностью соматовегетативных расстройств. Средняя продолжительность «типичной» депрессии в этой группе оказалась существенно меньше ($p < 0,000$), чем при депрессиях с АСШС, и составила $7,0 \pm 6,3$ мес.

Для подтверждения полученных клинических данных была проведена психометрическая оценка юношеских депрессий с АСШС и «классических» депрессивных состояний с последующим попарным сравнением

Таблица 1. Средние и медианные значения клинических и психометрических показателей юношеских депрессий с АСШС и «классических» юношеских депрессий и оценка их различий по U-критерию Манна–Уитни**Table 1.** Average and median values of clinical and psychometric parameters of youth depressions with attenuated symptoms of the schizophrenic spectrum (ASSS) and control group according to the Mann–Whitney U test

Показатели/Indications	Юношеские депрессии с АСШС/Youth depression with ASSS (n = 219)	Контрольная группа юношеских депрессий без АСШС/Control group youth depression without ASSS (n = 52)	U-критерий Манна–Уитни/Values of the Mann–Whitney U-test	Значение p/p values
Возраст (лет) (ср. значения ± ст. откл.)/Age (years) (mean values ± standard deviation)	19,5 ± 2,3	19,8 ± 2,7	5493,0	0,690
Длительность депрессивного состояния (мес.) (ср. значения ± ст. откл.)/Duration of the depressive episode (months) (mean values ± standard deviation)	19,0 ± 15,7	7,0 ± 6,3	2777,0	0,000
HDRS [Me 25%; Me 75%]/HDRS [Me 25%; Me 75%]	22 [19; 27]	25 [19; 28]	4618,5	0,227
SOPS, суммарный балл [Me 25%; Me 75%]/SOPS, Sum [Me 25%; Me 75%]	44 [37; 51]	35 [27; 41,75]	2736,0	0,000
SOPS, баллы по подшкале «Позитивные симптомы» [Me 25%; Me 75%]/SOPS, Positive symptoms [Me 25%; Me 75%]	9 [6; 12]	4,5 [3; 8, 75]	2626,0	0,000
SOPS, баллы по подшкале «Негативные симптомы» [Me 25%; Me 75%]/SOPS, Negative symptoms [Me 25%; Me 75%]	17 [14,5; 20]	14,5 [11; 17]	3181,5	0,000
SOPS, баллы по подшкале «Симптомы дезорганизации» [Me 25%; Me 75%]/SOPS, Disorganization symptoms [Me 25%; Me 75%]	8 [6; 10]	5,5 [3,25; 7]	2897,0	0,000
SOPS, баллы по подшкале «Общие симптомы» [Me 25%; Me 75%]/SOPS, General symptoms [Me 25%; Me 75%]	10 [7; 11]	10 [8; 12]	5019,5	0,526
SANS, суммарный балл [Me 25%; Me 75%]/SANS, Sum [Me 25%; Me 75%]	45,5 [36,75; 53]	24 [13; 42]	141,0	0,000
SANS, баллы по подшкале «Аффективное уплощение» [Me 25%; Me 75%]/SANS, Affective flattening [Me 25%; Me 75%]	14 [12; 18]	5 [3; 14]	168,0	0,003
SANS, баллы по подшкале «Алогия» [Me 25%; Me 75%]/SANS, Alogia [Me 25%; Me 75%]	7 [4,75; 8]	3 [1; 6]	178,5	0,005
SANS, баллы по подшкале «Абулия/Апатия» [Me 25%; Me 75%]/SANS, Avolition/Apathy [Me 25%; Me 75%]	8 [7; 9]	5 [5; 8]	125,0	0,000
SANS, баллы по подшкале «Ангедония/Асоциальность» [Me 25%; Me 75%]/SANS, Anhedonia/Asociality [Me 25%; Me 75%]	12 [10; 14,25]	8 [2; 11]	213,0	0,025
SANS, баллы по подшкале «Нарушение внимания» [Me 25%; Me 75%]/SANS, Attention [Me 25%; Me 75%]	5 [3,75; 6]	3 [2; 4]	128,5	0,000

полученных результатов с помощью непараметрического критерия Манна–Уитни. Анализ подтвердил значительно меньшую продолжительность депрессии в группе сравнения. Было установлено, что при отсутствии различий в выраженности депрессивных расстройств юношеские депрессии без АСШС контрольной группы отличались достоверно большим средним баллом по шкале SOPS и по ее субшкалам позитивных симптомов, оценивающих выраженность АПС, негативных симптомов, отражающих степень представленности АНС, а также по субшкале дезорганизации мышления. При этом значения по субшкале общих симптомов, которая выявляет неспецифические расстройства, в целом характерные для депрессий, в группах не различались.

Юношеские депрессии с АСШС продемонстрировали значительно большую выраженность негативных симптомов как по суммарному баллу шкалы SANS, так и по ее подшкалам, отдельно оценивающим такие кластеры, как «Аффективное уплощение», «Алогия», «Абулия/Апатия», «Ангедония/Асоциальность», а также «Нарушение внимания», которое, по современным данным [22], хотя и не относится к собственно негативным симптомам, у исследуемой выборки подчеркивает большую степень представленности когнитивных нарушений в группе юношеских депрессий с АСШС (табл. 1).

При попарном сравнении депрессивных состояний 1-го типа с АПС и 2-го типа с АНС было установлено, что значительно большей продолжительностью обладают

депрессии 2-го типа ($p = 0,000$). Интересным также представляется то, что депрессии 1-го типа отличаются от состояний 2-го типа более высоким средним баллом по подшкале позитивных симптомов шкалы SOPS, отражающих присутствие в структуре депрессии АПС ($p = 0,000$), не различаясь при этом ни по субшкале негативных симптомов SOPS ($p = 0,207$), ни по значениям шкалы SANS ($p = 0,163$), что позволяет предположить наличие не только аттенуированных психотических, но также и отдельных негативных симптомов в структуре депрессий 1-го типа. Но в то же время депрессии 2-го типа, не отличаясь от 1-го типа по выраженности депрессивных расстройств, имели большую степень представленности общих, неспецифических симптомов по субшкале SOPS ($p = 0,016$).

При психометрической оценке депрессий 3-го типа и попарном сравнении данных с депрессиями 1-го и 2-го типа было установлено, что они отличаются достоверно меньшей продолжительностью, чем депрессии 2-го типа ($p = 0,000$), а также меньшим баллом по позитивной субшкале SOPS по сравнению с депрессиями 1-го типа ($p = 0,005$). Других психометрических различий выявить не удалось, что подчеркивает, с одной стороны, общность клинических проявлений психопатологических симптомов шизофренического спектра во всей исследуемой выборке юношеских депрессий с АСШС, а с другой — важность клинико-психопатологического метода для проведения типологических различий, так как психометрические шкалы не обладают достаточной чувствительностью для тонкого дифференциально-диагностического анализа.

При оценке данных между выделенными подтипами 1а и 1б депрессий с АПС статистических различий выявлено не было, за исключением того, что средний возраст пациентов с депрессиями с АПС оказался достоверно меньше ($p = 0,026$), чем у больных с КИПС, что позволяет предположить возрастные особенности АПС с тенденцией к формированию КИПС в более старшем возрасте в пределах изучаемого юношеского периода.

При сравнении депрессий с АНС по подтипам 2а и 2б установлено, что показатель выраженности АНС по негативной субшкале SOPS был достоверно выше ($p = 0,045$) у больных подтипа 2б с мотивационными расстройствами, при этом ни по суммарному значению SANS, ни по среднему баллу каждой из ее подшкал статистических различий между подтипами выявлено не было. Помимо этого, у больных с депрессиями подтипа 2б суммарный балл по шкале HDRS, отражающий тяжесть депрессивных симптомов, был достоверно выше, чем при депрессивных состояниях подтипа 2а ($p = 0,038$), что позволяет предположить потенцирующее влияние мотивационных расстройств на степень выраженности аффективной симптоматики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенный клинико-психопатологических анализ с последующей психометрической

оценкой полученных данных подтверждает особенности выделенных юношеских депрессий с АСШС, их отличия от контрольной группы «классических» депрессий по продолжительности депрессивного состояния, наличию, степени представленности, а также особенностям структуры симптомов, характерных для шизофрении, включающих психотические, негативные симптомы, а также отдельные проявления синдрома дезорганизации. Это позволяет предположить, что аттенуированные симптомы могут быть ранними маркерами инициального этапа эндогенного процесса и служить основными ориентирами для проведения дифференциально-диагностической оценки юношеских депрессий.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ротштейн ВГ. Шизофрения: возраст больных к периоду начала заболевания. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2014;12:23–30. DOI: 10.17116/jnevro201411412123-30
Rotshtein VG. Schizophrenia: age at disease onset. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2014;12:23–30. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro201411412123-30
2. Miettunen J, Immonen J, McGrath J., Isohanni M, Jaaskelainen E. The age of onset of schizophrenia spectrum disorders. In: Girolamo G, McGorry P, Sartorius N. Age of Onset of Mental Disorders. *Springer*. 2019:55–74. DOI: 10.1093/schbul/sby017.659
3. Woodberry K, Shapiro D, Bryant C, Seidman L. Progress and future directions in research on the psychosis prodrome: A review for clinicians. *Harv. Rev. Psychiatry*. 2016;24(2):87–103. DOI: 10.1097/HRP.000000000000109
4. Мазаева НА. Предвестники шизофрении: взгляд на проблему. *Психиатрия и психофармакотерапия имени П.Б. Ганнушкина*. 2020;3:4–16.
Mazaeva NA. The precursors of schizophrenia: a view on the problem. *Psikiatriya i psihofarmakoterapiya imeni P.B. Gannushkina*. 2020;3:4–16. (In Russ.).
5. Кекелидзе ЗИ, Букреева НД, Демчева НК, Макушкин ЕВ. Эпидемиологические показатели психических расстройств в Российской Федерации в 2009–2018 гг. Меры по совершенствованию оказания психиатрической помощи. *Психическое здоровье*. 2019;(10):3–10. DOI: 10.25557/2074-014X.2019.10.3-10
Kekelidze ZI, Bukreeva ND, Demcheva NK, Makushkin EV. Epidemiological indicators of mental disorders in the Russian Federation in 2009–2018. Measures to improve mental health care. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health]*. 2019;(10):3–10. (In Russ.). DOI: 10.25557/2074-014X.2019.10.3-10
6. Albert N, Madsen T, Nordentoft M. Early Intervention Service for Young People With Psychosis: Saving Young Lives. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(5):427–428. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0662

7. Andreasen NC, Arndt S, Alliger R, Miller D, Flaum M. Symptoms of schizophrenia. Methods, meanings, and mechanisms. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1995;52:341–351. DOI: 10.1001/archpsyc.1995.03950170015003
8. Liddle PF. Schizophrenic syndromes, cognitive performance and neurological dysfunction. *Psychol. Med*. 1987;17:49–57. DOI: 10.1017/S0033291700012976
9. Newton R, Rouleau A, Nylander AG, Jean-Yves Loze, Resemann HK, Steeves S, Crespo-Facorro B. Diverse definitions of the early course of schizophrenia — a targeted literature review. *NPJ Schizophr*. 2018;4(1):21. DOI: 10.1038/s41537-018-0063-7
10. Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: overview and treatment options. *PT*. 2014;39(9):638–645. PMID: 25210417; PMCID: PMC4159061
11. Fusar-Poli P, Cappucciati M, De Micheli A, Rutigliano G, Bonoldi I, Tognin S, Ramella-Cravaro V, Castagnini A, McGuire P. Diagnostic and prognostic significance of brief limited intermittent psychotic symptoms (BLIPS) in individuals at ultra high risk. *Schizophr. Bull*. 2017;43:48–56. DOI: 10.1093/schbul/sbw151
12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
13. Смулевич АБ, Дубницкая ЭБ, Лобанова ВМ, Воронова ЕИ, Жилин ВО, Колюцкая ЕВ, Самойлова ЕД, Сорокина ОЮ. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2018;118(11):4–14. DOI: 10.17116/jnevro20181181114
Smulevich AB, Dubnitskaya EB, Lobanova VM, Voronova EI, Zhylin VO, Kolyutskaya EV, Samoilova ED, Sorokina Yu. Personality disorders and schizophrenic defect (problem of comorbidity). *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2018;118(11):4–14. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro20181181114
14. Бархатова АН. Прогностическое значение психопатологической структуры ремиссии на начальном этапе шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2019;119(3):5–11. DOI: 10.17116/jnevro20191190315
Barkhatova AN. Prognostic importance of the psychopathological remission structure at the initial stage of schizophrenia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2019;119(3):5–11. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro20191190315
15. Cornblatt B, Lencz T, Obuchowski M. The schizophrenia prodrome: treatment and high-risk perspectives. *Schizophr. Res*. 2002;54(1–2):177–186. DOI: 10.1016/S0920-9964(01)00365-6
16. Carrión RE, Demmin D, Auther AM, McLaughlin D, Olsen R, Lencz T, Correll CU, Cornblatt BA. Duration of attenuated positive and negative symptoms in individuals at clinical high risk: Associations with risk of conversion to psychosis and functional outcome. *J. Psychiatr. Res*. 2016;81:95–101 DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.06.021
17. Ильичев АБ, Поздняк ВВ, Вакнин ЕЕ, Шишков ВВ, Хуторянская ЮВ, Гречаний СВ. Психопатологические аспекты ранней диагностики шизотипического расстройства: анализ деавтоматизации. *Психиатрия и психофармакотерапия имени П.Б. Ганнушкина*. 2020;3:17–20.
Ilyichev AB, Pozdnyak VV, Vaknin EE, Shishkov VV, Khutyoryanskaya YuV, Grechaniy SV. Psychopathological aspects of early diagnosis of schizotypic disorder: analysis of de-automatization. *Psikiatriya i psihofarmakoterapiya imeni P.B. Gannushkina*. 2020;3:17–20. (In Russ.).
18. Румянцев АО, Омельченко МА, Каледа ВГ. Атенуированная психотическая симптоматика в структуре юношеской депрессии (клинико-психопатологические аспекты). *Российский психиатрический журнал*. 2018;1:61–70. eLIBRARY ID: 32636653
Rumyantsev AO, Omel'chenko MA, Kaleda VG. Attenuated psychotic symptoms in the structure of youth depression (clinical and psychopathological aspects). *Russian journal of psychiatry*. 2018;1:61–70. (In Russ.). eLIBRARY ID: 32636653
19. Strauss G, Horan W, Kirkpatrick B, Fischer B, Keller W, Miski P. Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: avolition-apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome. *J. Psychiatr. Res*. 2013;47(6):783–790. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2013.01.015
20. Олейчик ИВ. Психопатология, типология и нозологическая оценка юношеских эндогенных депрессий (клинико-катамнестическое исследование). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2011;111(2):10–18. eLIBRARY ID: 16597152
Oleichik IV. Psychopathology, typology and nosological evaluation of juvenile endogeneous depressions: a clinical and follow-up study. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2011;111(2):10–18. (In Russ.). eLIBRARY ID: 16597152
21. Marder SR, Galderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*. 2017;16(1):14–24. DOI: 10.1002/wps.20385
22. Correll CU, Schooler NR. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatr Dis. Treat*. 2020;16:519–534. DOI: 10.2147/NDT.S225643

Сведения об авторе

Омельченко Мария Анатольевна, кандидат медицинских наук, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0001-8343-168X>

E-mail: omelchenko-ma@yandex.ru

Information about the author

Maria A. Omelchenko, MD, PhD, Cand. of Sci. (Med.), FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0001-8343-168X>

E-mail: omelchenko-ma@yandex.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Омельченко Мария Анатольевна/Maria A. Omelchenko

E-mail: omelchenko-ma@yandex.ru

Дата поступления 17.09.2020 Received 17.09.2020	Дата рецензии 26.10.2020 Revised 26.10.2020	Дата принятия 12.11.2020 Accepted for publication 12.11.2020
--	--	---