

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-54-62>

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

Юношеские хронические эндогенные депрессии при расстройствах аффективного и шизофренического спектра

Мигалина В.В.

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

ОРИГИНАЛЬНАЯ
СТАТЬЯ

Резюме

Обоснование: хронические эндогенные депрессии в юношеском возрасте имеют ряд особенностей, связанных с их выраженной атипией, трудовой и социальной дезадаптацией, ухудшением качества жизни, высоким риском суицидального и аутоагрессивного поведения, трудностями в подборе терапии, сложностью диагностики и нозологической оценки. До настоящего времени не проводилось специального исследования, посвященного проблеме хронических депрессий данного возрастного периода. **Цель исследования:** выявление психопатологических особенностей и динамики хронических эндогенных депрессий, формирующихся в юношеском возрасте, разработка клинической типологии. **Пациенты:** обследованы 62 пациента юношеского возраста (16–25 лет), впервые госпитализированные в клинику ФГБНУ НЦПЗ («Научный центр психического здоровья») с 2017 по 2020 г. по поводу хронического депрессивного состояния длительностью более двух лет. **Методы:** исследование проводилось клинико-психопатологическим и психометрическим методом. Психометрический метод использовался при обследовании больных на момент поступления в стационар и на этапе редукции психопатологических расстройств при выписке и включал в себя шкалы HDRS, SANS и SOPS. **Результаты и заключение:** клиническая картина юношеских хронических эндогенных депрессий характеризуется выраженным полиморфизмом, атипией, стертой тимическим компонентом, доминированием явлений негативной аффективности. На основании анализа психопатологических особенностей юношеских хронических эндогенных депрессий было выделено две типологические разновидности: унитарные депрессии (I тип) и саплементарные депрессии (II тип). Среди депрессий II типа было выделено два подтипа: с неврозоподобными и психопатоподобными расстройствами.

Ключевые слова: юношеский возраст; хроническая депрессия; персистирующее депрессивное расстройство; дистимия; неврозоподобные расстройства; психопатоподобные расстройства; унитарная депрессия; саплементарная депрессия.

Для цитирования: Мигалина В.В. Психопатология и клинико-типологическая дифференциация юношеских хронических эндогенных депрессий. *Психиатрия*. 2021;19(1):54–62. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-54-62>

Конфликт интересов отсутствует

Youth Chronic Endogenous Depression in Disorders of the Affective and Schizophrenic Spectrum

Migalina V.V.

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

RESEARCH

Summary

Background: chronic endogenous depression in youth has a number of features associated with their severe atypia, work and social maladjustment, deterioration in the quality of life, high risk of suicidal and self-injurious behavior, difficulties in choosing therapy, difficulty in diagnosis and nosological evaluation. Until now, no special research has been done on chronic endogenous depression among young people of this age. **Purpose of research:** to identify psychopathological features and dynamics of endogenous depression developed in youth, to work out a clinical typology. **Patients:** 62 young patients (16–25 years old) were clinically and psychopathologically examined, who were first admitted to FSBSI MHRC, within the period of 2017 to 2020 suffering from chronic endogenous depression state for more than two years. Clinically significant somatic, neurological, and mental pathology defined the criteria for exclusion. **Methods:** for the research the clinical-psychopathological and psychometric methods were used. The patients were examined by the psychometric method upon admission to the hospital and at the stage of reduction of psychopathological disorders upon discharge: the HDRS, SANS and SOPS scales included. **Results and conclusion:** the clinical picture of youth chronic endogenous depression is characterized by pronounced polymorphism, atypia, erosion of the thymic component, and the dominance of negative affectivity. Based on the analysis of psychopathological characteristics of endogenous depression in youth, two typological varieties were identified: unitary depressions (type I) and supplementary depressions (type II). Among the type II depressions, 2 subtypes were distinguished: with neurosis-like disorders and with psychopathic-like disorders.

Keywords: youth chronic depression; persistent depressive disorder; dysthymia; neurosis-like disorders; psychopathic disorders; unitary depression; supplementary depression.

For citation: Migalina V.V. Youth Chronic Endogenous Depression in Disorders of the Affective and Schizophrenic Spectrum. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(1):54–62. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-54-62>
There is no conflict of interests

ВВЕДЕНИЕ

Проблема изучения хронических депрессивных состояний остается одной из актуальных в современной клинической психиатрии. По эпидемиологическим данным их распространенность составляет от 1,5 до 3% в общей популяции [1]. К факторам риска относят наследственную отягощенность, сопутствующие психопатологические расстройства, а также хронический стресс [2]. Кроме того, имеются данные о высоком риске хронификации депрессивных состояний в юношеском возрасте (до 20%) [2, 3], что связано с особой уязвимостью головного мозга в данном возрастном периоде, в частности повышенной его чувствительностью к гормонам стресса [4, 5].

Большая роль в формировании клинической картины юношеских хронических эндогенных депрессий отводится часто возникающим психопатоподобным [6–9] и неврозоподобным расстройствам [10, 11], что способствует усложнению и утяжелению клинической картины депрессии, выраженной социальной и учебной дезадаптации, ухудшению межличностных отношений [12, 13], высокому риску аутоагрессивного и суицидального поведения [13, 16]. Кроме того, высокая частота коморбидной психической патологии ухудшает прогноз, затрудняет своевременную и правильную диагностику, что зачастую приводит к неверному выбору терапевтической стратегии. Сложность представляет и нозологическая оценка хронических депрессий, развивающихся в рамках широкого спектра эндогенных психических расстройств [17, 18].

В то время как многим аспектам психопатологии и клиники юношеских эндогенных депрессий посвящено большое количество работ как зарубежных, так и отечественных авторов [7, 12, 19], исследования хронических депрессий данного возрастного периода крайне немногочисленны, а в современной отечественной литературе подобные работы отсутствуют.

Цель исследования — выявление психопатологических особенностей и динамики хронических эндогенных депрессий, формирующихся в юношеском возрасте, разработка клинической типологии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Отбор больных для настоящего исследования проводился в соответствии со следующими критериями включения: депрессивное состояние длительностью более двух лет, депрессии умеренной и тяжелой степени выраженности, юношеский возраст (16–25 лет), наличие добровольного информированного согласия.

Критериями невключения были наличие психотических эпизодов выраженной дефицитарной симптоматики, а также клинически значимой соматической,

неврологической и психической патологии, затрудняющей исследование.

Исследование соответствовало положениям Хельсинкской декларации по вопросам медицинской этики и проводилось с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. План исследования одобрен Локальным этическим комитетом ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Клинико-психопатологическим и психометрическими методами обследованы 62 пациента мужского пола юношеского возраста с хроническим депрессивным состоянием, госпитализированных в клинику отдела юношеской психиатрии (руководитель проф. В.Г. Каледа) НЦПЗ (директор проф. Т.П. Ключник) в 2017–2020 гг. Средний возраст начала юношеской хронической депрессии составил $16,5 \pm 2,2$ года.

Согласно систематике МКБ-10, хронические депрессии у больных юношеского возраста относились к следующим диагностическим рубрикам: аффективное расстройство настроения (F31.3, F31.4, F32, F33, F34, F34.0, F34.1) — 41 больной (66,1%); шизотипическое расстройство (F21 + F21.1) — 21 больной (33,9%). Не включались рубрики F32.3 и F33.3.

Психометрическая оценка проводилась при поступлении больного в клинику и на этапе редукции психопатологических расстройств при выписке.

Для оценки выраженности депрессии применялась шкала оценки депрессии Гамильтона (the Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS). Выявление аттенуированных психотических симптомов и специфических нарушений мышления проводилось по шкале продромальных симптомов (the Scale of Prodromal Symptoms, SOPS). Для количественной и структурной оценки негативных психопатологических расстройств использовалась шкала оценки негативных симптомов (Hamilton Rating Scale for Depression, Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования было установлено, что клиническая картина юношеских хронических эндогенных депрессий (ЮХЭД) характеризуется выраженным полиморфизмом, атипией, стертой тимическим компонентом. Симптомокомплексы, типичные для этого возрастного периода, такие как метафизический и гебоидный, были не столь выражены и проявлялись в основном отдельными, рудиментарными, не определяющими картину депрессии симптомами. При этом, будучи основой депрессивных переживаний в начале заболевания, они постепенно утрачивали свою яркость, насыщенность, обеднялись и стереотипизировались либо полностью теряли актуальность, замещаясь апатическими, анергическими,

анестетическими симптомами. Наступающая спустя два года хронификация депрессии сопровождалась нарастанием черт однообразия и монотонности психопатологических расстройств.

На первый план в клинической картине депрессий выступали апатодинамические расстройства с ослаблением прежних интересов, побуждений, спонтанной активности, падением жизненного тонуса. Были представлены и такие депрессивные аффекты, как тревога, дисфория, которые могли сменять друг друга в течение суток без связи с внешней ситуацией или временем суток. Идеи вины регистрировались во всех случаях и в большинстве своем были направлены вовне. Больные обвиняли родителей, учителей, ближайшее окружение и в целом общество в непонимании их переживаний, совершенных в прошлом «ошибках», неправильном воспитании, нетактичности, грубости по отношению к ним, пренебрежении, обесценивании либо, наоборот, в излишней гиперопеке и чрезмерном контроле, что в итоге, по мнению больных, оказало существенное влияние на возникновение и развитие депрессии.

Идеаторный компонент депрессивной триады характеризовался трудностями концентрации внимания, сложностями в усвоении нового материала, что способствовало снижению успеваемости, а в сочетании со снижением работоспособности приводило к выраженной учебной дезадаптации. Зачастую именно этот фактор оказывался основным поводом для обращения к психиатру.

Одним из важнейших факторов, затрудняющих способность к самоанализу, определению субъективного ощущения внутреннего дискомфорта, была алекситимия, выражавшаяся в отчуждении способности к осознанию собственных чувств. Больные опасались, что врач не до конца понимал особенности их состояния, затруднялись в подборе слов для описания своего состояния; речь сопровождалась длительными паузами, большим количеством метафор, повторными попытками донести все нюансы самочувствия другими словами.

Отличительной чертой ЮХЭД в сравнении с «классическими» юношескими депрессиями [7, 20] являлось наличие не только идеаторной, но и моторной заторможенности (64%). Отмечались замедление темпа двигательной активности и уменьшение произвольных движений, полное отсутствие жестикуляции, обедненные мимики. Выражение лица зачастую принимало безучастный, скучающий вид. Сами пациенты отмечали собственную неуклюжесть, неловкость, медлительность, которая не была им свойственна до болезни.

Таким образом, речь идет о доминировании в структуре юношеских хронических эндогенных депрессий явлений негативной аффективности.

Больше чем у половины (54,8%; 34 больных) пациентов отмечались аттенуированная психотическая симптоматика [21]. Она проявлялись в виде кратковременных, неразвернутых бредовых идей отношения,

наблюдения, подозрительности, настороженности, специфических нарушений мышления.

Свойственная юношескому возрасту лабильность аффекта, легко возникающее чувство отчаяния, бесперспективности, бессмысленности жизни, а также недостаточное осознание ценности собственной жизни и формальное отношение к смерти обуславливало высокий суицидальный риск. По данным анамнеза или во время пребывания в стационаре суицидальное поведение встречалось у 54,8% (34 больных), что несколько меньше, чем при «классических» юношеских депрессиях, при которых этот показатель достигает 64,4% [7]. Это могло быть связано с меньшей выраженностью явлений «позитивной аффективности» в структуре ЮХЭД.

Суицидальные или антивитаальные размышления выявлялись почти у половины пациентов (52%; 49 больных). Аутоагрессивное поведение было свойственно 35,4% (22 больных), у 4% (3 больных) из которых оно не было связано с суицидальными тенденциями. Таким способом больные пытались облегчить свое состояние, уменьшить «душевную боль», привлечь к себе внимание (импульсивные и демонстративные самоповреждающие действия) либо, наоборот, «почувствовать» эмоции, когда целью была идентификация чувств и собственной личности (деперсонализационные самоповреждающие действия) [22]. Больные наносили самопорезы, ожоги сигаретами, вырывали себе волосы. Суицидальные мысли в этом случае не выявлялись. 21,0% всех обследованных пациентов (13 больных) на высоте состояния предпринимали суицидальные попытки, которые были как истинного, так и импульсивного, шантажно-демонстративного характера. В последнем случае пациенты характеризовали это как «крик о помощи», «попытки обратить на свое состояние внимание». При этом практически во всех случаях пациенты не испытывали чувства вины и заявляли о готовности повторить свои действия в случае «необходимости».

Выраженность депрессивных расстройств при ЮХЭД по шкале HDRS при поступлении в среднем составила $25,0 \pm 6,7$ балла.

На основании общих характеристик клинической картины и сосуществующей психопатологической симптоматики была разработана типология ЮХЭД. В зависимости от преобладания в структуре состояния определенных расстройств клинико-психопатологически выделено два типа хронической депрессии: I тип — унитарная депрессия с «чистой» аффективной психопатологической структурой состояния (34 больных; 54,8%); II тип — саплементарная депрессия с присоединением симптомов иных регистров, отличных от аффективного (28 больных; 45,2%). В связи с полиморфизмом этих симптомов при II типе было выделено два подтипа: 1-й — с неврозоподобными расстройствами (13 больных; 21,0%), 2-й — с психопатоподобными расстройствами (15 больных; 24,2%) (рис. 1).

Доля больных с унитарными юношескими хроническими эндогенными депрессиями (I тип) составила 54,8% (34 больных) от общего числа обследованных пациентов. У этих пациентов превалировали симптомы негативной аффективности [23, 24] с апатией, ангедонией, физической и психической астенией, формированием болезненного бесчувствия (*anaesthesia psychica dolorosa*), явлениями моральной анестезии, депрессивной девитализацией, с ослаблением или утратой инстинкта к самосохранению, влечения к жизни, расстройствами сна, прогрессирующим снижением веса. Тимический компонент отличался рудиментарностью, малой насыщенностью, отсутствием «витальной тоски» и описывался пациентами, скорее, как чувство подавленности, скуки, физической слабости, чем как «сниженное настроение». Ощущение уныния, отчаяния, чувство беспричинной грусти в начале заболевания постепенно «вытеснялось» явлениями негативной аффективности, что по клинической картине напоминало процесс хронификации депрессий в зрелом возрасте [25]. Девитализация аффекта представляла собой не всегда четко определяемое субъективное ощущение внутреннего напряжения, дискомфорта, безысходности, утраты жизненного тонуса. Отмечалась психомоторная заторможенность, трудности концентрации внимания с картиной «юношеской астенической несостоятельности», быстрая утомляемость при недлительных умственных или физических нагрузках, замедление течения мыслей, повышенная отвлекаемость.

В большинстве своем у таких пациентов социальные контакты ограничивались общением только с родственниками, учебная дезадаптация заключалась в систематических прогулах с дальнейшим отчислением либо неоднократным оформлением академических отпусков. Интересы характеризовались монотонной деятельностью либо отсутствовали полностью.

Характерным было формирование депрессивного мировоззрения с антивитальными размышлениями,

зачастую с отчетливыми суицидальными тенденциями, которые наиболее часто встречались при этом типе ЮХЭД, что связано как с особенностями структуры заболевания, так и с наличием таких конституционально-личностных черт, как эгоцентризм, категоричность суждений, снижение ценности жизни, отсутствие глубокой привязанности к близким. Суицидальные попытки в большинстве случаев носили рационалистический характер.

В структуре депрессивных состояний I типа ЮХЭД также имели место дисморфофобические расстройства, а также аттенуированная психотическая симптоматика (7 больных; 20,6%). Дисморфофобические расстройства протекали в рамках атипичного пубертатного криза, характерного для юношеского возраста, и возникали до начала развития аффективной патологии, подвергаясь кумуляции с ее появлением. Таким образом, они в этом случае не относились к собственно структуре депрессии, но, внося определенный вклад в клиническую картину, не могли быть оставлены без внимания.

По шкале HDRS выраженность депрессивных расстройств при I типе ЮХЭД на момент поступления составила в среднем $23,9 \pm 5,9$ балла, что соответствовало умеренной и тяжелой степени.

Течение депрессии данного типа ЮХЭД характеризовалось постепенной стереотипизацией и обеднением депрессивной симптоматики. Ощущаемый психический дискомфорт от болезни в ее начале постепенно терял свою яркость и насыщенность, начинали преобладать жалобы на «скуку», снижение мотиваций, апатию, безрадостность, отмечалась психомоторная заторможенность. Депрессия приобретала «рационалистический» оттенок с тенденцией к утрированному самоанализу зачастую без аффективной окраски переживаний.

Для больных с саплементарными юношескими хроническими депрессиями (II тип) (28 больных; 45,2%) была характерна большая выраженность явлений

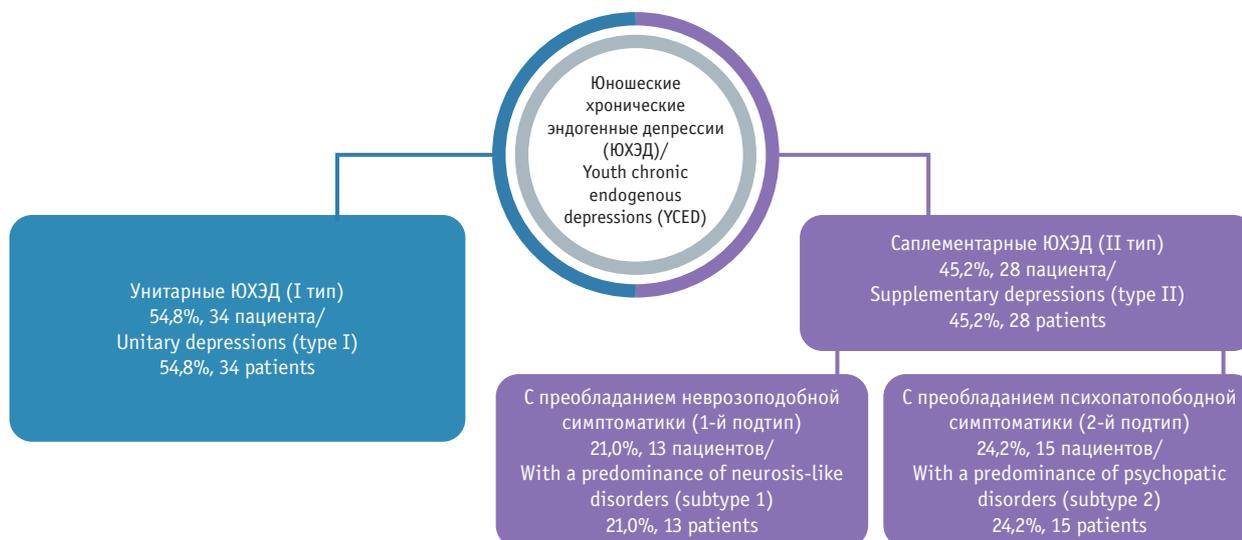


Рис. 1. Типология юношеских хронических эндогенных депрессий
Fig. 1. Clinical typology of youth chronic endogenous depression

позитивной аффективности, а также полиморфизм и изменчивость психопатологических симптомов, что связано с включением элементов, стоящих вне рамок облигатных аффективных расстройств. Динамика этих состояний имела четкую взаимосвязь со степенью выраженности аффекта, что было нехарактерно для хронических эндогенных депрессий, развивающихся в зрелом возрасте [25].

В связи с неоднородностью сопутствующей депрессии симптоматики было выделено два подтипа на основании преобладающего симптомокомплекса: с преобладанием невротоподобных расстройств; с преобладанием психопатоподобных расстройств.

Подтип саплементарной депрессии с преобладанием невротоподобных расстройств (13 больных; 21,0%) характеризовался постепенным усложнением клинической картины депрессии с присоединением деперсонализационно-дереализационных, обсессивно-фобических, дисморфофобических и сенесто-ипохондрических расстройств, а также вегетофобических пароксизмальноподобных состояний [23, 26].

Усиливающееся эмоциональное обеднение в сочетании с выраженным тревожным аффектом способствовало формированию невротоподобной симптоматики. Пациенты обращали внимание на «неотчетливые, трудно определяемые эмоции», чувство безразличия, ощущение отчуждения отдельных мыслей, чувств, побуждений. Явления негативной аффективности протекали с признаками утраты чувства «собственного Я», что на клиническом уровне выражалось в виде аутопсихической деперсонализации, которая в процессе развития могла достигать формы моральной анестезии [23, 27]. Ее симптомы выражались в виде ощущения измененности собственной внешности, поведения, голоса, психического дискомфорта, жалоб на падение психической активности, обеднение и угасание воображения, фантазии. Нарушения в идеаторной сфере, которые занимали значительное место в структуре данного подтипа ЮХЭД, и алекситимия способствовали возникновению трудностей в описании своих жалоб.

Обращало на себя внимание, что, несмотря на характерное для тревожного аффекта увеличение двигательной активности, практически во всех случаях при ЮХЭД отмечалась моторная заторможенность.

Соматопсихическая деперсонализация характеризовалась ощущением чуждости собственных частей тела, в основном рук или ног, их невесомости или излишней тяжести.

Аллопсихические деперсонализационные расстройства проявлялись в виде измененного восприятия предметов, звуков, освещения, красок и удаленности окружающего. В целом деперсонализационные расстройства возникали парциально, были обратимы, к ним сохранялась критическая оценка, и не происходило изменений структуры личности.

Обсессивная симптоматика (8 больных; 61,5%) обычно развивалась одновременно с депрессивной, находясь в прямой зависимости от степени выраженности

аффекта, и характеризовалась навязчивыми опасениями, сомнениями, воспоминаниями, размышлениями об отсутствии смысла жизни, неотвратимости смерти, собственной несостоятельности, а также навязчивым мытьем рук, расчесами, онихофагией, трихотилломанией. Анксиозная симптоматика обнаруживалась в виде различных фобий, которые не отличались вычурностью (например, явления клаустрофобии, агорафобии, социофобии). Также имели место пароксизмы тревожного аффекта чрезмерной интенсивности и/или диффузной, генерализованной тревоги средней или слабой степени, которая имела характер неопределенного беспокойства. Обсессивно-фобические расстройства обычно развивались одновременно с депрессивной симптоматикой, находясь в прямой зависимости от степени выраженности аффекта.

Дисморфофобические расстройства наблюдались у пяти больных (38,5%) и выражались преимущественно недовольством собственным телосложением, весом, ростом, чертами лица на уровне сверхценных идей, которые тесно сочетались с тревогой и сенситивными идеями отношений. Ипохондрические расстройства у четырех больных (30,8%) ограничивались в основном явлениями «моральной ипохондрии» с усилением самоконтроля и самонаблюдения. В отдельных случаях наблюдались ипохондрические расстройства сверхценного характера.

Аттенуированная психотическая симптоматика при этом подтипе депрессий встречалась наиболее часто (7 больных; 53,8%) и проявлялась в виде шизофреноподобных расстройств мышления (обрывы, наплывы, путаница мыслей), кратковременными эпизодами ощущения «вложенных», «звучащих» мыслей, гипнагогическими и гипнопомпическими галлюцинациями.

Вегетофобические пароксизмальноподобные состояния представляли собой эпизоды чрезмерной тревоги, сопровождающейся ощущением нехватки воздуха, тахикардией, потливостью, сенестопатическими расстройствами в виде ощущения покалывания и/или онемения в различных частях тела. Отличительной чертой подобных состояний в юношеском возрасте являлось отсутствие страха смерти. Тревога была связана с непониманием того, что с ними происходит, страхом «сойти с ума» или потерять над собой контроль, страхом «самого страха».

Стоит отметить, что у больных с депрессиями данного подтипа полностью отсутствовали суицидальные попытки, что, скорее всего, связано с большим удельным весом ипохондрических расстройств в структуре депрессии.

Степень выраженности депрессивных расстройств по шкале HDRS на момент поступления в стационар составила в среднем $29,6 \pm 5,1$ балла, т.е. при этом подтипе преобладали тяжелые депрессии.

По мере течения клиническая картина саплементарных ЮХЭД с преобладанием невротоподобных расстройств подвергалась постепенному видоизменению. Отмечалось уменьшение выраженности

дисморфобических расстройств, при этом идеи недовольства своей внешностью в целом сохранялись, однако меньшей интенсивности и без причинения прежнего уровня дискомфорта. В то же время сенесто-ипохондрические, деперсонализационно-де-реализационные и обсессивно-фобические расстройства приобретали более генерализованный характер, полностью охватывая спектр переживаний больного, а в некоторых случаях начиная существовать в отрыве от аффекта как самостоятельные, стойкие, хронические расстройства. Отмечалось постепенное уменьшение толерантности к стрессовым ситуациям, усиление выраженности избегающего поведения. Все это выражалось в стремлении упорядочить все жизненные события, сделать их максимально безопасными и предсказуемыми. Жизнь больных лишалась спонтанности и многообразия. При этом происходила рационализация отношения к вегето-фобическим пароксизмальноподобным состояниям, происходила некоторая редукция их выраженности и уменьшение частоты возникновения.

Подтип саплементарной депрессии с преобладанием психопатоподобных расстройств (15 больных; 24,2%) характеризовался поведенческими нарушениями, оппозиционным и негативистичным отношением к окружающим с раздражительностью, конфликтностью, грубостью, агрессией, злоупотреблением наркотическими веществами, алкоголем, лекарственными препаратами, склонностью к противоправному (делинквентному) поведению. Такое поведение, по признанию больных, обусловлено в первую очередь желанием снять внутренне напряжение, облегчить состояние, «почувствовать какие-либо эмоции».

Преобладал дисфорический оттенок настроения, обидчивость. Отмечались трудности в осознании, контроле и регуляции своих эмоций. Более значимо был выражен кататимный аффект, такие пациенты на протяжении всей болезни тяготились своим состоянием, отмечая ощущение «внутренней пустоты», «неприкаянности», «ненужности», описывали свои ощущения как «боль за мироздание», «чувство отчаяния и безысходности». Обращало на себя внимание также несоответствие интенсивности жалоб и внешнего облика больных, для них были характерны психомоторная заторможенность, обеднение мимики и эмоциональной модуляции голоса, речевой продукции, избегание зрительного контакта. Часто с целью «улучшения настроения» больные прибегали к употреблению алкоголя или наркотических веществ, что сопровождалось уходами из дома на несколько дней, звонками родственникам с просьбой о помощи, обвинениями в их адрес, высказыванием суицидальных намерений. Агрессивное поведение на фоне повышенной раздражительности отмечалось преимущественно в пределах дома, сопровождалось битьем посуды или мебели. Характерны были импульсивные поступки, по большей части связанные с самоповреждениями. Самоуничижительные и самообвинительные идеи сопровождалась трактовкой

виновности, направленной в основном вовне, на родственников, знакомых, преподавателей, жизненные обстоятельства. При этом пациенты признавались в появлении «холодности» к близким, безучастности к их переживаниям и нежелании делиться своими проблемами. В коллективе такие больные держались отстраненно с неким высокомерием и презрительностью по отношению к окружающим. В связи с обеднением и уменьшением спектра эмоционального восприятия на фоне повышенной рефлексии пациенты противопоставляли себя большинству своих сверстников, считая их «нерациональными», «находящими под властью эмоциональных импульсов», что в свою очередь еще сильнее затрудняло формирование социальных связей.

Вышеописанные расстройства значительно увеличивали риск суицидального поведения. В целом пациентам этой подгруппы в большей степени, чем при неврозоподобном подтипе, была свойственна антивитальная активность, а также экзистенциальные размышления о смысле существования, собственном предназначении, роли «сознания» в жизни человека, поиск ответов на эти вопросы в философской и эзотерической литературе. Аффективно заряженные идеаторные пессимистические построения имели в своей основе сверхценный характер. При этом, в отличие от сверхценных расстройств при классических юношеских депрессиях, подобные концепции были разработаны поверхностно и ограничивались «общими» знаниями, также отмечалась низкая продуктивность в их реализации [15, 23]. Этому способствовали как нарастающие трудности концентрации и сложности в усвоении нового материала, так и склонность скорее к размышлениям и фантазиям на эти темы, чем к потребности в познавательной деятельности, которая ограничивалась поверхностными, «общими» знаниями с инфантильной, утрированной и романтизированной трактовкой.

Аттенуированная психотическая симптоматика при данном подтипе саплементарных ЮХЭД отмечалась у четырех больных (30,7%), выражалась в повышенной подозрительности, сопровождавшейся аффективной напряженностью, тревогой за свое благополучие, кратковременными ипохондрическими и дисморфобическими расстройствами, достигающими до бредового уровня на высоте состояния. Имели место также явления малой кататонии в виде утраты пластичности движений, отдельных двигательных стереотипий, сокращений лицевой мускулатуры, а также шизофреноподобные расстройства мышления в виде ментизма, шперрунгов, путаницы мыслей.

При этом подтипе также преобладали тяжелые депрессии со средним баллом по шкале HDRS — $29,3 \pm 7,5$.

В процессе развития саплементарных депрессий с преобладанием психопатоподобных расстройств в меньшей степени по сравнению с первым типом ЮХЭД отмечалось обеднение и стереотипизация клинической картины. Несколько утрачивая свою яркость

и насыщенность, депрессивные расстройства продолжали оставаться тягостными и болезненными для пациента. Психопатоподобные расстройства также имели склонность к некоторому оскудению и примитивизации. Характерным было формирование депрессивного мировоззрения с недовольством собственной судьбой и в целом мирозданием, а также обесцениванием человеческой жизни. Отношение к окружающим приобретало оттенок высокомерия.

По 21-пунктной шкале Hamilton Depression Scale (HDRS) интенсивность депрессивных расстройств на момент госпитализации в большинстве случаев соответствовала депрессии тяжелой степени тяжести (более 27 баллов) — у 44,8%, умеренной тяжести (от 15 до 27 баллов) — у 55,2%. Кроме того, при неврозоподобном подтипе саплементарных депрессий отмечался наивысший средний балл по шкале HDRS (29,6).

При сравнительном анализе унитарных и саплементарных депрессий были получены достоверные различия между показателями суммарного балла шкалы HDRS ($p = 0,049$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках проведенного исследования были выделены особенности клинической картины ЮХЭД, которые являются для них патогномичными, что расширяет возможности правильной и своевременной диагностики. В основе структуры данных депрессий лежат симптомы негативной аффективности, которые персистируют на всем их протяжении и различаются по степени выраженности в зависимости от типа ЮХЭД. Они оказывают значительное влияние на появление и формирование сопутствующей симптоматики, что создает сложности в разграничении с истинными негативными симптомами при заболеваниях шизофренического спектра. Возрастные психобиологические факторы, а также процесс хронификации заболевания также обуславливали атипичию и своеобразие клинической картины ЮХЭД. На основании анализа психопатологических особенностей **юношеских хронических эндогенных депрессий было выделено два типа**. Для первого типа характерно монотонное, стереотипное течение с преобладанием симптомов негативной аффективности, апатией, ангедонией, психической и моральной анестезией, отчуждением сферы соматочувственных влечений. Второй тип характеризовался присоединением неврозоподобных и психопатоподобных расстройств, в основе которых также лежали феномены отчуждения, перекрывавшиеся явлениями гиперестезии аффективной сферы.

Выраженные нарушения в различных областях жизни, в частности социально-трудова дезадаптация, высокий суицидальный риск, трудности в выборе терапевтической тактики, а также необходимость разработки прогностических критериев обуславливают важность дальнейшего изучения ЮХЭД.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Blanco C, Okuda M, Markowitz JC, Liu SM, Grant BF, Hasin DS. The epidemiology of chronic major depressive disorder and dysthymic disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry*. 2010;71(12):1645. DOI: 10.4088/JCP.09m05663gry
2. Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abdulkader RS, Abdulle AM, Abebo TA, Abera SF, Aboyans V. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017;390(10100):1211–1259. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32154-2
3. PS228. Jinnin R, Furukawa TA, Kawakami N, Miyake Y, Nishiyama Y, Okamoto Y, Shimoda H, Sugiura Y, Takagaki K, Takebayashi Y, Tanaka K, Yamamura T, Yamawaki S. Subthreshold depression persists and increases the risk for depression in late adolescence: a one-year cohort study. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2016;19(1):83. DOI: 10.1093/ijnp/pyw043.228
4. Köhler S, Chrysanthou S, Guhn A, Sterzer P. Differences between chronic and nonchronic depression: Systematic review and implications for treatment. *Depression and anxiety*. 2019;36(1):18–30. DOI: 10.1002/da.22835
5. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*. 2008;115(2):291–313. DOI: 10.1037/0033-295X.115.2.291
6. Мазаева НА, Кравченко НЕ. Нозоспецифические и половозрастные особенности депрессий у подростков. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. 2018;2:18–23. <https://elibrary.ru/item.asp?id=35134861>
Mazaeva NA, Kravchenko NE. The nosospecific and age-sex dependent peculiarities of adolescent depressions. *Sovremennaya terapiya v psikhiiatrii i neurologii*. 2018;2:18–23. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=35134861>
7. 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. <https://elibrary.ru/item.asp?id=16597152>
Oleychik IV. Psychopathology, typology and nosological evaluation of juvenile endogenous depressions: a clinical and follow-up study. *Zhurnal neurologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2011;111(2):10–18. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=16597152>
8. Тиганов АС. Проблема возрастных аспектов депрессивных состояний. *Журнал неврологии*

- и психиатрии имени С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2013;113(11):3–6. <https://elibrary.ru/item.asp?id=21074381>
- Tiganov AS. Age-related aspects of depressive states. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova. Spetsvypuski*. 2013;113(11):3–6. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=21074381>
9. Крылова ЕС. Депрессия при расстройстве личности в юношеском возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2018;118(8):4–10. <https://elibrary.ru/item.asp?id=35647123>
 - Krylova ES. Depression in patients with personality disorder in youth. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2018;118(8):4–10. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=35647123>
 10. Этингоф АМ. Клиника-психопатологические особенности и типология юношеских дисморфофобических депрессий. *Психиатрия*. 2003;5(5):53–58.
 - Etingof AM. Clinical and psychopathological features and typology of youth dysmorphophobic depressions. *Psychiatry*. 2003;5(5):53–58. (In Russ.).
 11. Asiri WA, Board A, Board S, Almaqbal M, Board O. Obsessive-Compulsive Disorder as a Part of Prodromal Schizophrenia. *Bahrain Medical Bulletin*. 2018;40(1):55–56. https://www.bahrainmedicalbulletin.com/MAR_2018/MAR2018_OCD.pdf
 12. Цуцальковская МЯ, Копейко ГИ, Олейчик ИВ, Владимирова ТВ. Роль психобиологических характеристик юношеского возраста в формировании клинической картины депрессий и особенностях терапии. *Психиатрия*. 2003;5(5):21–28.
 - Tsutsultsovskaya MYa, Kopeiko GI, Oleichik IV, Vladimirova TV. The role of adolescent psychobiological characteristics in the formation of the clinical picture of depression and specific therapy. *Psychiatry*. 2003;5(5):21–28. (In Russ.).
 13. Петрова НН. Оптимизация антидепрессивной терапии. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2013;2:83–96. <https://elibrary.ru/item.asp?id=20401783>
 - Petrova NN. Optimization of antidepressant therapy. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2013;2:83–96. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=20401783>
 14. Бебуришвили АА, Зяблов ВА, Каледа ВГ. Клинические особенности аутоагрессивного поведения у больных юношеского возраста с непрерывным течением эндогенных аффективных расстройств. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2018;2(18):82–86. <https://elibrary.ru/item.asp?id=34878910>
 - Beburishvili AA, Zyablov VA, Kaleda VG. Clinical characteristics of autoaggressive behavior in youth patients with continuous cycling of endogenous affective disorders. *Mental Health of Children and Adolescent*. 2018;2(18):82–86. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=34878910>
 15. Isometsä E. Suicidal behaviour in mood disorders — who, when, and why? *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2014;59(3):120–130. DOI: 10.1177/070674371405900303
 16. Dong M, Zeng LN, Lu L, Li XH, Ungvari GS, Ng CH, Chow IHI, Zhang L, Zhou Y, Xiang YT. Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. *Psychological medicine*. 2019;49(10):1691–1704. DOI: 10.1017/S0033291718002301
 17. Shah SM, Al Dhaheri F, Albanna A, Al Jaber N, Al Eissaee S, Alshehhi NA, Al Shamisi SA, Al Hamez MM, Abdelrazeq SY, Betancourt TS. Self-esteem and other risk factors for depressive symptoms among adolescents in United Arab Emirates. *Plos one*. 2020;15(1):e0227483. DOI: 10.1371/journal.pone.0227483
 18. Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2009;66(7):764–772. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.85
 19. Ehrenreich-May J, Rosenfield D, Queen AH, Kennedy SM, Remmes CS, Barlow DH. An initial waitlist-controlled trial of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*. 2017;46:46–55. DOI: 10.1016/j.janxdis.2016.10.006
 20. Владимирова ТВ, Олейчик ИВ. Место антидепрессантов нового поколения в терапии юношеских эндогенных депрессий. Аффективные и шизоаффективные психозы. *Материалы научно-практической конференции с международным участием. 7–8 апреля 1998 г.* 1998:340–346.
 - Vladimirova TV, Oleychik IV. Mesto antidepressantov novogo pokoleniya v terapii yunosheskikh endogennykh depressiy. *Affektivnye i shizoaffektivnye psikhhozy. Materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. April 7–8, 1998*:340–346. (In Russ.).
 21. Румянцев АО, Омельченко МА, Мелешко ТК, Каледа ВГ. Юношеские эндогенные депрессии с аттенуированной психотической симптоматикой (клинико-психологический анализ). *Психиатрия*. 2018;(78):64–72. <http://www.ncpz.ru/siteconst/userfiles/file/psy/psy78abs.pdf#page=32>
 - Rumyantsev AO, Omel'chenko MA, Meleshko TK, Kaleda VG. Youth depression with attenuated psychotic symptoms (clinical and psychological analysis). *Psychiatry*. 2018;(78):64–72. (In Russ.). <http://www.ncpz.ru/siteconst/userfiles/file/psy/psy78abs.pdf#page=32>
 22. Крылова ЕС, Бебуришвили АА, Каледа ВГ. Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суицидальным поведением. *Суицидология*. 2019;10(1):48–57. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-48-57

- Krylova ES, Beburishvili AA, Kaleda VG. Non-suicidal self-injury and its relation to suicidal behavior in youth patients with personality disorders. *Suit-sidologiya*. 2019;10(1):48–57. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-48-57
23. Смуглевич АБ, Дубницкая ЭБ. Депрессия — актуальные проблемы систематики. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2012;112(11):11–20. <https://elibrary.ru/item.asp?id=18958747>
Smulevich AB, Dubnitskaya EB. Actual problems of systematics of depression. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova. Spetsvypuski*. 2012;112(11):11–20. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=18958747>
24. Watson D, Clark LA. Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychologicalbulletin*. 1984;96(3):465. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6393179>
25. Дикая ТИ. Клинико-психопатологические особенности и динамические аспекты затяжных и хронических эндогенных депрессий. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2011;4:19–25. <https://elibrary.ru/item.asp?id=16217558>
Dikaya TI. Kliniko-psikhopatologicheskie osobennosti i dinamicheskie aspekty zatyazhnykh i khronicheskikh endogennykh depressiy. *Vestnik Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk*. 2011;4:19–25. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=16217558>
26. Пуховский АА. Хронические депрессии. *Журнал социальной и клинической психиатрии*. 1992;(4):97.
Pukhovskiy AA. Khronicheskie depressii. *Zhurnal sotsial' noy i klinicheskoy psikiatrii*. 1992;(4):97. (In Russ.).
27. Paul ER, Farmer M, Kämpfe R, Cremers HR, Hamilton JP. Functional Connectivity Between Extrastriate Body Area and Default Mode Network Predicts Depersonalization Symptoms in Major Depression: Findings From an A Priori Specified Multinetwork Comparison. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging. Biological Psychiatry*. 2019;85(10):154. DOI: 10.1016/j.bpsc.2019.03.007

Сведения об авторе

Мигалина Валентина Владимировна, младший научный сотрудник, отдел юношеской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0003-4009-4323>

E-mail: migalina-vv@mail.ru

Information about the author

Valentina V. Migalina, Junior Researcher, Department of Youth Psychiatry, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0003-4009-4323>

E-mail: migalina-vv@mail.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Мигалина Валентина Владимировна/Valentina V. Migalina

E-mail: migalina-vv@mail.ru

Дата поступления 06.11.2020
Received 06.11.2020

Дата рецензии 23.12.2020
Revised 23.12.2020

Дата принятия 24.12.2020
Accepted for publication 24.12.2020