

Исторический аспект изучения феномена депрессивного бреда

Юматова П.Е.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

НАУЧНЫЙ ОБЗОР

Резюме

Цель: представить историю отечественных и зарубежных исследований, освещающих разные аспекты проблемы депрессивных бредовых идей в картине эндогенных бредовых депрессий. **Материалы и метод:** по ключевым словам «депрессивные бредовые идеи», «бредовые депрессии» проведен поиск и анализ научных статей в базах данных MedLine, PubMed и в других библиографических источниках за период становления научной психиатрии до настоящего времени. **Обсуждение:** по результатам анализа научных публикаций представлены данные о психопатологическом описании депрессивного бреда, его связи с депрессивным аффектом. Проанализированы позиции авторов в отношении первичных и вторичных характеристик депрессивного бреда. Определены характеристики депрессивного бреда, влияющие на прогностическую оценку. К ним отнесены особенности депрессивной триады эндогенной депрессии, тяжесть и вид депрессивного аффекта, риск суицидального поведения, особенности преморбидного склада личности, генетический фон, а также эффективность методов лечения депрессивного бреда в структуре бредовой депрессии. На современном этапе психиатрической науки показан дискуссионный характер положений авторов научных публикаций, тенденция к постепенной утрате клинических диагностических подходов с заменой их психологическими и психоаналитическими при решении прогностических проблем депрессивного бреда. **Заключение:** данные научного обзора определяют приоритет клинико-психопатологического метода в изучении вопросов структуры депрессивного бреда в картине бредовой депрессии, его клинической дифференциации, обосновывают его клинико-прогностическое значение и обуславливают выбор эффективных методов их лечения.

Ключевые слова: эндогенная бредовая депрессия; депрессивные бредовые идеи; психотические депрессии; механизмы бредообразования; типология депрессивного бреда; клинический прогноз.

Для цитирования: Юматова П.Е. Исторический аспект изучения феномена депрессивного бреда. *Психиатрия*. 2020;18(3):65–75. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-3-65-75>

Конфликт интересов отсутствует

The Historical Aspect of Depressive Delusions Phenomenon Studies

Yumatova P.E.

FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia

REVIEW

Summary

The aim: to provide an overview of domestic and international studies examining various aspects of issue of depressive delusional ideas in endogenous delusional depression disease pattern. **Materials and method:** in order to compile a literature review for the keywords depressive delusions and delusional depressions, data from scientific articles posted in MedLine and PubMed databases as well as other bibliographic sources have been searched and analyzed during the formation of scientific psychiatry to the present. **Discussion:** based on the analysis of scientific publications, this paper presents data on the psychopathological description of depressive delusions and its relatedness to the depressive affect. The researchers' viewpoints on primary and secondary characteristics of depressive delusions are being analyzed. We have identified pathogenetic characteristics of the latter that affect the prognostic assessment, such as features of the depressive triad in endogenous depression, severity and type of depressive affect, risk of suicidal behavior, characteristics of premorbid personality traits, genetic background, as well as therapeutic efficacy of treatment methods for depressive delusions in patients with delusional depression. This research reveals the controversial nature of some provisions of scientific publications that gradually divert from clinical diagnostic approaches, which tend to be replaced by psychological and psychoanalytic ones when carrying out prognostic assessment in cases of depressive delirium, which is characteristic of current psychiatric science. **Conclusions:** scientific publications data analysis testifies to the priority of the clinical and psychopathological method in studying the issues of depressive delusions structure in delusional depression disease pattern as well as in clinical differentiation of depressive delusions, justifies its clinical and prognostic value and enables to choose the treatment effectively.

Keywords: endogenous delusional depression; depressive delusions; psychotic depression; mechanisms of delusion formation; typology of depressive delusions; clinical prognosis.

For citation: Yumatova P.E. The Historical Aspect of Depressive Delusions Phenomenon Studies. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2020;18(3):65–75. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-3-65-75>
There is no conflict of interest

Согласно определениям энциклопедического словаря медицинских терминов и психиатрического энциклопедического словаря [1, 2], аффективный (голотимный) бред, в том числе депрессивный, — это вторичный бред, возникающий на фоне патологически измененного настроения и своим содержанием отражающий доминирующий аффект. Депрессивный бред как вторичный возникает в картине депрессии и включает бредовые идеи депрессивного содержания — самообвинения, самоуничужения, греховности, обнищания, ипохондрические идеи неизлечимой болезни и др.

На современном этапе психиатрии вопросы клинико-психопатологической дифференциации депрессивного бреда, его прогноза, нозологической оценки и лечения тесно связаны с проблемой изучения депрессий, составляющей одну из актуальных задач не только психиатрии, но и медицины в целом. По данным ВОЗ (2017), высокие показатели распространенности депрессий (до 4,4% населения в мире), суицидального риска, значительные негативные последствия, в 2–6 раз превышающие таковые при другой психической патологии, отягощают социально-трудовое функционирование больных и увеличивают экономические затраты общества на их содержание.

Несмотря на то что депрессивный (голотимный) бред издавна описывали в рамках циклотимной депрессии [3, 4] и рассматривали как «характерный бредовой феномен» для депрессивного расстройства [5–8], вопросы клинической и психопатологической дифференциации депрессивных бредовых расстройств в картине депрессий оставались менее разработанными.

Исторически в клинических работах как зарубежных, так и отечественных авторов идеи заниженной самооценки у больных с депрессией (меланхолией) описывались как неотъемлемая часть ее психопатологической картины начиная со второй половины XIX века и по сей день.

В психопатологических описаниях бредовых депрессивных идей авторы уделяли внимание содержательной характеристике конкретной фабулы депрессивного бреда, особенностям депрессивных симптомов и степени их взаимосвязи [6, 9]. Многие авторы в своих работах [6, 8, 10–13] отмечали идеи самоуничужения, самообвинения, вины, характерные для депрессивных больных. I. Guilain (1854) среди синдромальных форм меланхолии выделил бредовую меланхолию. Т. Мейнерт (1885) связывал бред уничижения с меланхолическим настроением. J. Baillarger (1862) среди основных форм меланхолии выделил меланхолию с бредом. W. Griesinger (1867) подразделил бред на депрессивный, куда включил бред самообвинения, бред преследования, ипохондрический бред и экспансивный бред, или бред величия. R. von Kraft-Ebing (1893) систематизировал бред, связанный по содержанию с аффектом. E. Bleuler (1920)

предлагал ограничить круг психотических депрессивных расстройств только бредом самообвинения. E. Kraepelin (1918) описал параноидную меланхолию в рамках депрессивного синдрома при МДП. В.П. Осипов (1923) в качестве разновидностей бредовых идей описывал бредовые идеи самообвинения, самоуничужения, греховности, разорения, а также нигилистический. Он считал, что содержание бредовых идей отражает явления внутреннего и внешнего мира, которое многообразно. Он подчеркивал, что в связи с плохим настроением у больного развиваются бредовые идеи мрачного содержания — самоуничужения, самообвинения, греховности. М. Hamilton (1954) основным компонентом депрессии считал бред самообвинения. С.С. Корсаков (1954) среди ложных (бредовых) идей описывал идеи самообвинения, самоуничужения, отчаяния, разорения. К. Шнайдер (1959, 1999), описывая темы бреда циклотимной депрессии, выделял бред самообвинения, обнищания, ипохондрический бред. К типичным симптомам депрессии он относил идеи «больной совести», «моральной ответственности с заниженной самооценкой и представлениями о собственной никчемности, не доходящими до уровня овладевающих представлений». Он отмечал, что для депрессии с витальностью и тоской характерно наличие мыслей о самообвинении в прегрешениях. Однако, по мнению К. Ясперса (1959), классификация бреда по содержанию является малоинформативной, так как содержание бреда может носить совершенно случайный характер.

Психопатологическое содержание депрессивного бреда многие авторы связывали с депрессивной триадой и симптомами депрессии [14–24]. В.М. Морозов (1962) считал, что депрессивные бредовые идеи являются неотъемлемой частью триады депрессивного состояния. Анализируя механизмы возникновения идей самообвинения, самоуничужения, которые больной, по выражению автора, «пропускает через призму депрессивного бреда», В.М. Морозов разделил их на два типа: центрифугальный (убежденность, что все плохое идет от самого больного) и центрипетальный (идеи происхождения негативного от окружающих).

А.С. Тиганов (1974, 2008) к основным симптомам депрессии относил идеи виновности и самоуничужения, описывал депрессию с бредом самообвинения как вариант простого депрессивного синдрома, а среди сложных вариантов депрессивного синдрома — депрессию с бредом обвинения, ущерб с тенденцией к систематизации. Т.Ф. Пападопулос (1970) оценивал циркулярную депрессию с депрессивным бредом как бредовую, считая, что для нее характерны «отрицательная эмоциональная окраска, пессимистические установки». В.Н. Сеницын (1976) полагал, что для депрессии характерны «психологически понятные и нестойкие идеи самообвинения».

По мнению А.В. Снежневского (1968, 1994), для депрессивного состояния характерны мысли о неполноценности, никчемности, «депрессивной переоценке прошлого», которые при утяжелении депрессии носят характер сверхценных идей или нестойкого бреда самообвинения, виновности, греховности, а также обнищания, осуждения, гибели, наказания. Последние, как он полагал, входят в структуру более сложных депрессивных синдромов, с возможным усложнением галлюцинациями, кататоническими расстройствами, явлениями психического автоматизма, а также свойственным депрессии расстройством самоощущения. Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок (1994) выделяли чувство вины, характерное для больных с депрессивным аффектом. Г.В. Морозов, Н.Г. Шумский (1998) считали бред самоуничтожения и самообвинения (виновности) самым распространенным видом депрессивного бреда. Они подчеркивали, что в его основе лежит бред «несчастья», содержанием которого являются «разорение, обреченность на страдание, смерть, различные формы наказания вплоть до самых тяжелых и позорных».

Согласно их наблюдениям, депрессивный бред затрагивает не только настоящее, но и будущее, источником несчастья является сам больной в содержании депрессивных бредовых идей.

А.Б. Смулевич (2000) среди классических признаков депрессии выделял чувство витальной тоски, первичное чувство вины, суицидальные проявления, нарушения суточного ритма. По его мнению, тема бреда возникает неслучайно, она детерминирована болезненным процессом, является его отражением.

Автор считает, что депрессивный бред чаще всего ограничен типичными темами — стыда (паранойя совести), самообвинения, вины (бред греховности), соматической болезни (ипохондрический бред), но бред может усложняться параноидными проявлениями с идеями обвинения, осуждения и неминуемой кары (так называемая «затравленная депрессия», по К. Leonhard, 1957).

А. Marneros (2004) к основным и постоянным симптомам депрессии относил бред вины. В.Н. Сеницын (1976), изучая психопатологию идей самообвинения при различных типах депрессий, отмечал, что идеи самообвинения, независимо от их типа, структуры синдрома, нозологической принадлежности, чаще развиваются в депрессиях с тревожными включениями, достигающими различных степеней выраженности, а также указывал на связь идей самообвинения в структуре депрессий с особыми преморбидными качествами личности, преимущественно астенического и психастенического круга.

К. Schneider (1939) важным признаком бредовой депрессии считал симптомы тревоги, витальной тоски. С.С. Корсаков (1954) писал о том, что под влиянием страха, ужаса и тоски развивается меланхолическое безумие (депрессивный бред). И.И. Лукомский (1968) подчеркивал, что с тоскливым фоном настроения тесно связаны идеи самообвинения и самоуничтожения, которые обычно встречаются у депрессивных больных.

У.Н. Peters (1970) при описании депрессии с бредом, указывал на то, что при усложнении клинической картины намечается тенденция к расширению параноидных проявлений: наряду с бредом нечистой совести и самообвинения появляются идеи отношения, бред осуждения, обвинения, нарастают тревога, страх.

W. Glatzel (1982) выявил особые депрессии с «экстерриторизацией чувства вины, присоединением идей отношения».

Б.В. Бурба (1988) считал, что при депрессиях адинамического типа развитию бредовых расстройств предшествует нарастание идеаторного и моторного торможения.

А.С. Тиганов (2009) отмечал, что идеи самообвинения и неполноценности характерны для апатоадинамических, тревожно-заторможенных депрессий, с постепенным развитием суицидальных мыслей в их картине.

По мнению М.Ю. Нуллер, И.Н. Михайленко (1988), депрессивные бредовые идеи характерны для эндогенной депрессии. Депрессивные бредовые идеи вытекают из аффекта (тоски, тревоги), и их развитие связано с изменениями его характера и интенсивности. Ими была выявлена зависимость темы бреда от социальных факторов и культуры человека, отмечена связь между профессией больного и депрессивными идеями. Важным положением исследования этих авторов являлось установление взаимосвязи между типом депрессии и характером бреда.

Пытаясь охарактеризовать патологическую основу бреда, Х.Х. Лопес-Ибор выделял первичные и вторичные бредовые идеи [25]. Кроме того, он считал, что бредовые идеи можно разделить на психологически понятные и необъяснимые. Идеи самоуничтожения у депрессивных больных он относит к объяснимым бредовым идеям. П.П. Малиновский еще в 1855 г. писал, что первоначально в возникновении бреда играет роль нарушение аффекта в виде «мрачного расположения духа».

Е. Morselli (1886) выделял бред «выводов» (*deliri di inferenza*) — когда больной формулирует свои ошибочные идеи посредством постоянного рассуждения, но не отличает, что он двигается от ложной предпосылки. По его мнению, такой же механизм свойствен при бредовом рассуждении большому числу больных меланхолией («бред интерпретации и аллегии»). Е. Morselli объединил первичный интерпретативный и вторичный «объясняющий» бред.

С.С. Корсаков [8] отмечал, что бред при меланхолии носит совсем иной характер, чем при первичном помешательстве. При меланхолии происхождение бреда находится в большей зависимости от аффективного состояния и от тоски. При развитии бреда при этом характерно односторонность в направлении мышления, которая бывает у меланхоликов. Бред меланхолика является нередко результатом неправильной попытки толкования действительности.

По мнению В.П. Сербского [26], основным критерием при изучении бреда должен быть именно «способ возникновения бредовой идеи». К. Birnbaum [27] пи-

сал, что бредовым идеям самообвинения свойственна сильная аффективная составляющая, которая доминирует над остальными представлениями. В.П. Осипов [12] изменения настроения считал первичными, обусловленными особенностями и свойствами заболевания, которое не меняется под влиянием внешних факторов, поэтому меланхолика нельзя разубедить при бреде самообвинения, греховности.

М.И. Вайсфельд (1939) относил бред самообвинения к параноидному бреду преследования, в качестве доказательства приводит тот факт, что при нем «больной преследует самого себя», т.е. оказывается одновременно преследователем и объектом преследования, что гармонирует обычно с активной депрессивной симптоматикой. Е.Н. Каменева [28] причисляла бред самообвинения к категории бреда преследования на том основании, что он сочетается с идеями отношения, особого значения; имеет центробежный характер, т.е. распространяется от больного на окружающих. К. Kolle [29] относил бредовые идеи к первичным, называя их основными, но при этом не отрицал формирование вторичных идей самообвинения.

К. Schneider [30] не считал депрессивные бредовые идеи прямолинейным симптомом психоза, но он допускал, что бредовые идеи при депрессивных состояниях могут быть первичными. Н. Tallenbach (1961) относил аффективные бредовые идеи к первичным и полностью отрицал образование понятных взаимосвязей при депрессивных состояниях. В.М. Морозов [14] описывал депрессивные бредовые идеи как облигатные для эмоционального компонента депрессии. Он отмечал, что при депрессивном бреде могут возникать вторичные параноидные расстройства, которые лежат на периферии бреда самообвинения.

Н.Ж. Weitbrecht [31], описывая психопатологию циклотимных депрессий, указывал на гетерогенность депрессивного бреда. Он выделял как «первичный бред», связанный с аффектом тоски, соматизацией депрессии с характерной направленностью идей самообвинения вовне, так и «вторичный бред», связанный с идеаторным и моторным торможением, с направленностью идей обвинения внутрь, частым присоединением идей наказания, преследования с неподдающимся анализу нарушением восприятия. К первичному чувству вины он относил «беспричинные, немотивированные идеи самообвинения, темой для которых служат ничтожнейшие поступки, совершенные когда-то в прошлом».

При данном варианте формирование депрессивных идей происходит параллельно с аффективными нарушениями, а в ремиссии полностью утрачивают свою актуальность. Н.Ж. Weitbrecht первичное чувство вины подразделил на три типа: чувство моральной вины (подчеркивающее умаление совести), переживание собственной вины в отношении неправильных действий и существования в целом, глубокое меланхолическое сознание собственной вины, касающееся и бытия, и своих деяний. По его мнению, именно первый тип первичного чувства вины является наиболее трудно

распознаваемым. Третий тип достигает мегаломанических масштабов собственной виновности, вплоть до «злого гения мира». На основную аффективную структуру, проявляющуюся «витальной тоской», как бы накладывается вторичная психопатологическая канва в виде психотического комплекса неполноценности. Этот комплекс усугубляется вследствие действительно возникающей неспособности к элементарной обыденной деятельности. Вследствие подобной несостоятельности вспыхивают сверхценно-бредовые идеи виновности вторичного порядка. Они встречаются довольно часто и выявляются быстрее и легче первичных идей. Первичное чувство вины он считает своеобразным маркером истинных циркулярных психозов.

А.В. Снежневский (1968) рассматривал депрессивный бред как разновидность аффективного бреда, который возникает в связи с депрессивным аффектом при отсутствии логической систематизации. При его формировании нет изменений личности по сравнению с первичным бредом, расстройство психической деятельности менее глубокое. При фазно-аффективной (депрессивной) природе психопатологических расстройств, усложняющих депрессию, нарушения самосознания личности отсутствуют, что является важным диагностическим критерием. А.К. Ануфриев [32] считал, что наибольшую трудность для познания представляет собой классический циклотимный первичный бред виновности. При этом выраженным идеям самообвинения предшествует лишь неопределенное недифференцированное чувство вины, которое трудно понять и психологически из чего-либо вывести. Он проводил анализ бредообразования соответственно нарушению трех психических сфер по Вернике (ауто-, сомато-, аллопсихические). По его мнению, такое подразделение точнее отражает действительное нарушение высшей нервной деятельности при бреде, поскольку оно охватывает относительно самостоятельные анатомо-функциональные системы, а не просто варианты бреда, различающиеся по содержанию. Использованный подход позволил выделить пять структурно-динамических типов бредообразования: аутопсихический, аллопсихический, соматопсихический, сомато-аутопсихический, сомато-аллопсихический. При этом для депрессивного бреда характерен только аутопсихический тип.

Г.В. Морозов, Н.Г. Шумский [20] аффективный (голотимный) бред определяли как вторичный, возникающий на фоне патологически измененного настроения и своим содержанием отражающий доминирующий аффект. По их мнению, аффективный бред не является психологически понятной реакцией на существующее у больного болезненное измененное настроение.

А.С. Тиганов (2008, 2009) выделял бредовую депрессию с наличием как систематизированного бреда, так и чувственного. Он подчеркивал, что при описании депрессии с бредом одни авторы рассматривают бред как вторичный по отношению к первичному депрессивному аффекту, другие считают аффект вторичным по отношению к депрессивному бреду.

Другой подход к систематике бредовых идей связан с изучением особенностей психопатологической структуры бреда. В многочисленных работах XIX века описание идей самообвинения проводилось только в диапазоне бредового симптомокомплекса [3, 23, 33–36].

Изучая развитие гипотимического симптомокомплекса при циркулярных психозах, авторы выделяли этап, на котором появлялись идеи самообвинения, близкие по своей структуре к сверхценным образованиям, и дали им название «зачатки бредовых идей». К. Leonhard (1957) выделял самоистязующую депрессию, которая определяется превалированием негативной самооценки, кататимно окрашенных, «ключевых» для состояния патологической подавленности идей собственной малоценности, виновности. Концепция собственной вины обнаруживает тенденцию к систематизации и трансформации в депрессивный бред.

К. Jaspers (1959) отмечал, что депрессивные идеи психологически понятны, можно проследить их возникновение из аффектов и опасений, отсутствуют изменения личности, что отличает эти идеи от других бредовых идей и позволяет вынести их в группу бредоподобных идей. Т.В. Морозова (1967) впервые описала навязчивые идеи самообвинения, которые формируются в момент обратного развития депрессивного состояния. И.И. Лукомский (1968) считал, что идеи самообвинения и самоуничтожения у депрессивных больных чаще носят бредовой характер.

По мнению А.В. Снежневского (1968), идеи самообвинения чаще всего носят сверхценный характер, так как основаны на реальных событиях, которым при депрессивном аффекте уделяется чрезмерное значение. В DSM-III критерием тяжелого депрессивного эпизода, наряду с другими признаками депрессии, явилось наличие чувства собственной неполноценности или чрезмерной и неуместной вины, которые могут быть бредовыми.

По мнению многих авторов [23, 38–41], при развитии депрессивного бреда чаще возникают суицидальные мысли.

Так, И.И. Лукомский (1968) считал, что депрессивные бредовые идеи увеличивают риск суицидальных попыток. S.P. Roose, A.H. Glassman, B.T. Walsh (1983) при ретроспективном анализе пациентов, госпитализированных по поводу депрессивного расстройства, отмечали, что суицидальные попытки регистрируются в 5 раз чаще в группе больных с психотическими симптомами.

M. Gelder, D. Geth, R. Mayou (1985) указывали, что развитие депрессивных идей приводит к появлению мыслей о самоубийстве и разработке соответствующих планов. А.Б. Смулевич (2003), А. Rothschild (2018) отмечали, что для бредовых депрессий характерен очень высокий риск суицидального поведения. В исследованиях Е.Л. Германа (1968) и Н.В. Верещагина (2003), посвященных изучению суицидального поведения лиц с психическими расстройствами, указывается на особую роль депрессивных бредовых идей в фор-

мировании мотивов суицида. В работе Н.И. Распопова, Б.С. Положего (2009), посвященной клинико-психопатологическому анализу механизмов суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами, одна из групп представлена больными с бредовым самонаказанием, в клинической структуре которых присутствовали бредовые идеи самоуничтожения и виновности. Основной мотив в принятии решения о самоубийстве у этих больных формулировался на основе «внутреннего псевдореального конфликта» и звучал как «самонаказание» или «искупление мнимой, бредовой вины». Подобные бредовые механизмы суицидального поведения с определенной долей условности были разграничены на две подгруппы: «бредовое самоуничтожение» и «бредовая вина».

Хотя уже на протяжении более чем полутора столетий (начиная с XIX века и до настоящего времени) психопатологические картины депрессивных бредовых расстройств однозначно описывались как постоянная составляющая картины эндогенных депрессий (меланхолии), их диагностические и прогностические оценки были неоднозначны. Противоречива оценка механизмов формирования депрессивного бреда при делении на «первичный» и «вторичный» бред. Дискутабельными оставались вопросы взаимосвязи особенностей депрессивных проявлений, их глубины (тяжести) с содержанием депрессивного бреда и его психопатологической структуры.

В исследовании автора настоящего обзора литературы [42, 43] впервые представлен клинико-психопатологический анализ особенностей структуры и тематического содержания депрессивных бредовых идей с учетом реальности включенных в бредовую фабулу событий и степени фактического участия в них больных. В дополнение к распространенной точке зрения о гомотимном характере депрессивного бреда в картине простой меланхолии (эндогенной депрессии) как облигатного или дополнительного признака эмоционального компонента в триаде депрессивного синдрома [14–15, 18] впервые было установлено, что депрессивные бредовые идеи, будучи конгруэнтными полюсу аффекта по содержанию, могут развиваться и по неконгруэнтным депрессивному аффекту, неаффективным механизмам бредообразования, формируясь в картине наглядно-образного, несистематизированного интерпретативного бреда или по смешанному бредообразованию. На основе дифференцированного подхода к анализу взаимосвязи клинико-психопатологической структуры и механизмов бредообразования депрессивных идей впервые была разработана оригинальная типология эндогенных бредовых депрессий, определено ее диагностическое и прогностическое значение в динамике нозологически разных эндогенных заболеваний — не только аффективного психоза (МДП), но и шизофрении, ее рекуррентной, приступообразно-прогредиентной и циркулярной форм течения. Полученные наряду с клиническими данные патопсихологических [44] и нейрофизиологических [45]

параметров подтвердили правомерность типологического и нозологического разделения депрессивного бреда по механизмам бредообразования депрессивных идей. Вопреки нарастающим в современной психиатрии тенденциям к нивелированию клинических методов в диагностике психотических депрессий за счет провозглашения приоритета параклинических показателей («доменов») установлена возможность использования указанных параклинических показателей, как только дополнительных маркеров клинико-психопатологической диагностики эндогенных бредовых депрессий.

Для интерпретации особенностей депрессивных бредовых идей в картине эндогенных депрессий в последние десятилетия привлекаются психологические, психоаналитические и даже биологические подходы с альтернативными данными, которые подменяют клинико-психопатологический анализ и дифференциацию эндогенных депрессий с картиной депрессивного бреда.

Постепенный отказ от клинических принципов в диагностике бредовых депрессий нашел отражение в современных действующих статистических классификациях болезней МКБ-10 [46] и DSM-5 (2013), где бредовая депрессия рассматривается как подтип синдромально и нозологически неопределенного «депрессивного расстройства с психотическими симптомами». В его рамках «при необходимости» лишь предлагается разделять симптомы психоза (в том числе и бредового) на конгруэнтные и неконгруэнтные 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 в оценке бредовых депрессий с данными психоанализа и психометрии [39, 47]. 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.

С 80-х годов прошлого столетия ведутся различные генетические исследования, попытки выделить психотическую депрессию как самостоятельное заболевание [48]. Эти работы были посвящены выявлению специфических черт наследственной отягощенности психотических депрессий при сопоставлении с непсихотическими ее формами. Однако полученные результаты оказались противоречивыми. Современные генетические исследования свидетельствуют о неоднородности психотических депрессий и, возможно, некоторой близости с заболеваниями шизофренического спектра.

Ряд авторов анализировали взаимосвязь личностных черт и развития депрессивного бреда. В работах

отечественных исследователей [17, 20, 28, 36, 49–50] была показана связь отдельных форм депрессивных идей с характером собственно аффективных расстройств, преморбидной личностью.

В.Н. Сеницын (1976) приводит описание взаимосвязи между психастеническими и астеническими чертами личности и развитием идей самообвинения. В.Н. Краснов (1987) считает, что для лиц с эгоцентрическими чертами характерно развитие идей самообвинения, а у лиц с астеническими проявлениями чаще наблюдаются идеи малоценности.

Многие авторы в своих исследованиях указывали, что депрессивные бредовые идеи формируются при значительной глубине аффективной фазы. В этом отношении Т.Ф. Пападопулос (1970) разделил депрессии по степени их тяжести на четыре типа: «слабо выраженные (амбулаторные, циклотимические)» депрессии; «простые циркулярные» депрессии; «бредовые» депрессии и «меланхолическая парафрения». Выделенные им типы отражают степень выраженности аффекта и развитие дополнительной симптоматики. В.Н. Сеницын (1976, 1980), используя эту шкалу степени тяжести депрессии, выявил взаимосвязь между степенью выраженности идей самообвинения и тяжестью депрессии. Он отмечал, что «при амбулаторных депрессиях наблюдаются психологически понятные и нестойкие идеи самообвинения, при простой депрессии идеи самообвинения носят характер сверхценных идей, а при бредовой — достигают степени выраженности бреда». В зависимости от ряда признаков, он выделил четыре основные группы депрессивных бредовых идей: «психологически понятные и нестойкие идеи самообвинения; сверхценные; навязчивые и бредовые идеи». Г.В. Морозов, Н.Г. Шумский (1998) также подчеркивали прямую взаимосвязь между степенью депрессивного аффекта и выраженностью депрессивного бреда. Во многих исследованиях [39, 51–52] отмечалось, что у пациентов с депрессивным бредом уровень депрессивной симптоматики более выраженный, что свидетельствует о большей тяжести заболевания.

T.A Widiger с соавт. [53] предполагали, что психотическая и непсихотическая депрессия имеют различия только в тяжести депрессии. E. Lattuada с соавт. [54] писали, что психотические симптомы — это просто индикатор степени тяжести при депрессии и что в конечном счете психотические симптомы разовьются при переходе депрессии в более тяжелую форму. Эта гипотеза носит название «тяжесть–психоз», именно она лежит в основе современной классификации психотической депрессии как в МКБ-10, так и в DSM-IV и DSM-5, где психотические симптомы фигурируют только в структуре субтипа тяжелой депрессии. Однако некоторые авторы [55–56] подвергли сомнению это положение, считая, что депрессивный бред может развиваться у пациентов с депрессивными эпизодами легкой и средней тяжести, а при тяжелом депрессивном эпизоде психотические симптомы могут не возникать. Таким образом, тяжесть аффективных проявлений сама

по себе не является прогностическим ориентиром для развития психотической депрессии.

Депрессивные эпизоды у больных с психотической (бредовой) депрессии имеют определенные прогностические особенности. По мнению ряда авторов [55], бредовая депрессия носит более затяжной характер, а последующие депрессивные эпизоды также протекают с психотическими симптомами.

S.L. Dubovsky (1991) отмечал, что депрессивные бредовые идеи чаще выявляются среди терапевтически резистентных больных. По мнению A.J. Rothschild, B.H. Mulsant, B.S. Meyers (2006), это может быть связано с диагностическими ошибками при оценке бредовой депрессии. J. Keller, R.G. Gomez, H.A. Kenna и соавт. (2006) отмечают, что сложно дифференцировать психотические депрессии, которые протекают в рамках шизофренических психозов. По мнению G. Parker с соавт. [57], выраженная психомоторная заторможенность, которая характерна для депрессивных больных, может скрывать психотические симптомы. Наличие в анамнезе бредовой депрессии оценивается как прогностически неблагоприятный фактор при оценке течения заболевания. Некоторые авторы отмечают, что у больных с психотической депрессией значительно выше вероятность возникновения повторных депрессивных эпизодов в течение жизни [58], хотя в исследованиях других авторов этот факт не подтверждается [52].

M. Maj, R. Pirozzi, L. Magliano, L. Bartoli [55] отмечали, что для оценки прогноза заболевания важна длительность наблюдения. На основании 10-летнего исследования больных с депрессивными бредовыми расстройствами авторы делают вывод, что психотические симптомы негативно влияют только на краткосрочный прогноз и меньше сказываются на отдаленные этапы болезни. Полученные данные соответствуют более раннему исследованию [59]. Некоторые авторы выделяют специфический депрессивный симптом, который характерен для психотической депрессии, такой как психомоторное нарушение, связанное с когнитивными изменениями.

По мнению R.G. Gomez с соавт. [60], для больных с психотическими депрессиями характерно более выраженное снижение когнитивного функционирования по сравнению с непсихотическими депрессиями. S.K. Hill с соавт. [61] отмечают, что выраженность когнитивных нарушений в некоторой степени связана с количеством перенесенных эпизодов.

При изучении депрессивных идей большинство английских и американских авторов рассматривали его с позиции психоаналитической школы и уделяли внимание лишь самому чувству вины. Одни из них [62] исследовали лишь сам факт феноменов низкой самооценки и вины, не определяли их уровень и психопатологическую структуру. В работах A.T. Beck [63], напротив, проводится классификация депрессивных идей по степени их выраженности, но психопатологическая структура анализируется недостаточно четко и вне связи с традиционными психопатологическими понятиями. Ряд авторов [64] описывали вину как комплексную эмоцию, ко-

торая относится к тревоге, страху, стыду и отвращению. E. Jacobson (1953) отмечал, что при развитии депрессии формируется заниженная самооценка, происходит утрата самоуважения. По мнению J.G. McKenzie (1962), концепция вины остается центральной в различных областях человеческого знания — теологии, истории, социологии, этике.

С позиции экзистенциальной философии K. Jaspers (1997) неоднократно отмечал значимость вины. Большинство психиатров считают, что депрессивных идеи у больных с депрессией вторичны по отношению к первичному нарушению настроения. Однако A.T. Beck (1967) считал, что депрессивные идеи являются первичным расстройством и мощным фактором, усиливающим депрессию. Он выделял три компонента: поток негативных мыслей, определенный сдвиг представлений и ряд когнитивных искажений в виде произвольных безосновательных умозаключений.

Следующий критерий сравнительной оценки психотической (в том числе бредовой) и непсихотической депрессии касался подходов к лечению и их результатов. По данным исследований многих авторов [65–66], было установлено, что больные с бредовой депрессией хуже реагируют на плацебо и на монотерапию трициклическими антидепрессантами, чем пациенты непсихотической депрессией. Но, по мнению R. Kok, T. Heeren, W. Nolen [67], различий в реакции на лечение в указанных группах нет. A.J. Rothschild (2009) считал, что психотические депрессии плохо поддаются монотерапии антидепрессантами. M. Narayan, J.T. Kantowitz (1995, 2008) отмечали, что лечение психотической депрессии только антидепрессантами часто приводит к обострению психотической симптоматики у депрессивных больных.

По мнению некоторых авторов [65, 67–68], наиболее эффективной при лечении психотической депрессии является комбинация антидепрессантов с антипсихотиками, а также использование ЭСТ. По данным B.S. Meyers (2006) и J. Wijkstra с соавт. [69], комбинированная терапия (антидепрессанты в сочетании с нейролептиками) является лучшим фармакологическим лечебным подходом для больных с психотической депрессией. В соответствии с этими данными в большинстве руководств по психиатрии и по психофармакотерапии рекомендуется в качестве первоочередного лечения комбинация антидепрессанта и нейролептика, при необходимости с присоединением электросудорожной терапии. Эти рекомендации отличаются от рекомендаций по лечению непсихотической депрессии, где такой подход к лечению применяют только для резистентных депрессивных больных.

По мнению A.Б. Смулевича (1997), при резистентных депрессиях происходит усиление некоторых симптомов аффективной триады, например идей малоценности, самообвинения, греховности. В работе O.B. Целищева [70] проводилась оценка эффективности антидепрессантов в отношении депрессивных бредовых идей в 3 группах с различным типом ведущего депрессивно-

го аффекта — тревожным, тоскливым, апатическим. Лучший терапевтический ответ наблюдался у группы больных с тревожным аффектом.

Результаты исследований В.А. Gaudiano с соавт. [71] показали, что больные психотической депрессией хуже реагируют на психотерапию по сравнению с непсихотической депрессией.

Впервые персонализированный подход к выбору оптимальных методов лечения были обоснованы с учетом разработанной типологии депрессивного бреда, построенной по преобладающим механизмам бредообразования депрессивных идей [72, 73]. Аргументированная терапевтическая тактика при таком подходе как в целом определила оптимальные методы лечения эндогенной бредовой депрессии, так и обосновала выбор подходящих лекарственных средств, входящих в терапевтическую схему.

Проведенный анализ эффективности методов лечения показал, что при всех типах бредовой депрессии, как при аффективном бредообразовании, так и при бредообразовании с участием бредовых механизмов, значительное преимущество перед монотерапией антидепрессантами, нейрорептиками или ЭСТ обнаружил высокоэффективный метод сочетанного применения антидепрессантов с нейрорептиками, который показал наиболее высокую терапевтическую эффективность со значительной редукцией расстройств и выходом в ремиссию у 61,5–80% больных при разных типах депрессивного бреда. Предпочтительность выбора вида нейрорептиков у больных при разных типах бредовой депрессии связана с особенностью бредообразования депрессивных идей и степенью прогрессивности заболевания.

Типичные антипсихотики эффективны при лечении больных бредовой депрессии в динамике шубообразной шизофрении, атипичные нейрорептиками наиболее эффективны были с более благоприятной динамикой заболевания в рамках рекуррентной шизофрении. Установлено, что в схеме сочетанного применения антидепрессантов с нейрорептиками эффективность определяется с учетом многопрофильного, сбалансированного спектра их антидепрессивной активности и вида депрессивного аффекта в структуре бредовой депрессии: венлафаксин обнаружил персонализированный лекарственный ответ при типологических разновидностях бредовой депрессии в динамике с разной прогрессивностью заболевания; флувоксамин — при бредовой депрессии в рамках шизофрении; агомелатин — преимущественно при наиболее прогрессивном (шубообразном) течении шизофрении.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Под ред. БВ. Петровский. М.: Советская энциклопедия. 1982;(1):160–161.
Enciklopedicheskiy slovar' medicinskih terminov. Pod red. BV. Petrovskij. M.: Sovetskaya enciklopediya. 1982;(1):160–161. (In Russ.).
2. Стоименов ЙА, Стоименова МЙ, Коева ПЙ и др. Психиатрический энциклопедический словарь. К., МАУП. 2003.
Stoimenov JA, Stoimenova MJ, Koeva PJ i dr. Psihiatricheskij enciklopedicheskiy slovar'. K., MAUP. 2003. (In Russ.).
3. Гринингер В. Душевные болезни (перевод с немецкого). СПб. 1881.
Grizinger V. Dushevnyye bolezni (perevod s nemeckogo). SPb. 1881. (In Russ.).
4. Каннабих ЮВ. История психиатрии. М.: Академический проект. 2012.
Kannabih YuV. Istoriya psihiatrii. M.: Akademicheskij projekt. 2012. (In Russ.).
5. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. М.: Изд-во независимой психиатрической ассоциации. 1993.
Blejler E. Rukovodstvo po psihiatrii. M.: Izd-vo nezavisimoy psihiatricheskoy associacii. 1993. (In Russ.).
6. Шнайдер К. Клиническая психопатология. К.: Сфера. 1999:129–130.
Shnajder K. Klinicheskaya psihopatologiya. K.: Sfera. 1999:129–130. (In Russ.).
7. Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов. М.: Изд-во А.А. Карцева. 1910.
Krepelin E. Uchebnik psihiatrii dlya vrachej i studentov. M.: Izd-vo AA.Karceva. 1910. (In Russ.).
8. Корсаков СС. Избранные произведения. М.: Государственное изд-во медицинской литературы МЕДГИЗ. 1954.
Korsakov SS. Izbrannyye proizvedeniya. M.: Gosudarstvennoe izd-vo medicinskoj literatury MEDGIZ. 1954. (In Russ.).
9. Цыганков БД, Овсянников СА. Патология эмоций (аффективности). В кн.: Психиатрия, основы клинической психопатологии. Учебник для вузов. М.: Медицина. 2007.
Cygankov BD, Ovsyannikov SA. Patologiya emocij (affektivnosti). V kn.: Psihiatriya, osnovy klinicheskoy psihopatologii. Uchebnik dlya vuzov. M.: Medicina. 2007. (In Russ.).
10. Крафт-Эбинг РВ. Учебник психиатрии. СПб.: Изд-во Карла Риккера. 1881.
Kraft-Ebing RV. Uchebnik psihiatrii. SPb.: Izd-vo Karla Rikkera. 1881. (In Russ.).
11. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. М.: Изд-во Независимой психиатр. ассоц. 1993.
Blejler E. Rukovodstvo po psihiatrii. M.: Izd-vo Nezavisimoy psihiatr. 1993. (In Russ.).
12. Осипов ВП. Руководство по психиатрии. М.-Л.: Госиздат. 1931.
Osipov VP. Rukovodstvo po psihiatrii. M.-L.: Gosizdat. 1931. (In Russ.).
13. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика. 1997:129–145.
Yaspers K. Obshchaya psihopatologiya. M.: Praktika. 1997:129–145. (In Russ.).
14. Морозов ВМ. Маниакально-депрессивный психоз. Избранные труды. М.: Медиа Медика. 2007:207–223.

- Morozov VM. Maniakal'no-depressivnyj psihoz. Izbrannye Trudy. M.: Media Medika. 2007:207–223. (In Russ.).
15. Тиганов АС. Депрессивный синдром. В кн.: Общая психопатология. Курс лекций. М.: МИА. 2008;(3):57–68. Tiganov AS. Depressivnyj sindrom. V kn.: Obshchaya psihopatologiya. Kurs lekcij. M.: MIA. 2008;3:57–68. (In Russ.).
 16. Пападопулос ТФ. Острые эндогенные психозы. М.: Медицина. 1975. Papadopulos TF. Ostrye endogennye psihozy. M.: Medicina. 1975. (In Russ.).
 17. Сеницын ВН. Психопатология идей самообвинения. Вопросы общей психопатологии. 1976:98–106. Sinicyn VN. Psihopatologiya idej samoobvinieniya. Voprosy obshchej psihopatologii. 1976:98–106. (In Russ.).
 18. Снежневский АВ. Симптоматология и нозология. В кн.: Шизофрения, клиника и патогенез. Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина. 1969:5–28. Snezhnevskij AV. Simptomatologiya i nozologiya. V kn.: Shizofreniya, klinika i patogenez. Pod red. A.V. Snezhnevskogo. M.: Medicina. 1969:5–28. (In Russ.).
 19. Каплан ГИ. Клиническая психиатрия. Пер. с англ. Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок. М.: Медицина. 1994;(1):315–327. Kaplan GI. Klinicheskaya psixiatriya. Per. s angl. G.I. Kaplan, B.Dzh. Sedok. M.: Medicina. 1994;(1):315–327. (In Russ.).
 20. Морозов ГВ, Шумский НГ. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). Н. Новгород: Изд-во НГМА. 1998;79–80. Morozov GV, Shumskij NG. Vvedenie v klinicheskuyu psixiatriyu (propedevtika v psixiatrii). N. Novgorod: Izd-vo NGMA. 1998;79–80. (In Russ.).
 21. Смулевич АБ. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. 4-е издание. М.: МИА. 2015;(5):132–153. Smulevich AB. Depressii pri psihicheskix i somaticheskix zabolevaniyah. 4-e izdanie. M.: MIA. 2015;(5):132–153. (In Russ.).
 22. Marneros A. Das neue Handbuch der bipolaren und depressiven Erkrankungen. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag. 2004.
 23. Лукомский ИИ. Маниакально-депрессивный психоз. М.: Медицина. 1968:34. Lukomskij II. Maniakal'no-depressivnyj psihoz. M.: Medicina. 1968:34. (In Russ.).
 24. Нуллер ЮЛ, Михаленко ИН. Аффективные психозы. Л.: Медицина. 1988:32–40. Nuller YuL, Mihalenko IN. Affektivnye psihozy. L.: Medicina. 1988:32–40. (In Russ.).
 25. Лопес Ибор ХХ. Восприятие и бредовое настроение. Независимый психиатрический журнал. 2006;(4):13–20. Lopes Ibor XX. Vospriyatie i bredovoe nastroyenie. Nezavisimyj psixiatricheskij zhurnal. 2006;(4):13–20. (In Russ.).
 26. Сербский ВП. Психиатрия. М.: Студенческая мед. изд. комиссия им. Н.И. Пирогова. 1912. Serbskij VP. Psixiatriya. M.: Studencheskaya med. izd. komissiya im. N.I. Pirogova. 1912. (In Russ.).
 27. Birnbaum K. Zur Paranoiafrage. Zentralblatt fur die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 1915;29(1):305–322.
 28. Каменева ЕН. Бред самообвинения при шизофрении. Труды 1-й Московской психиатр. б-цы. 1940;3. Kameneva EN. Bred samoobvinieniya pri shizofrenii. Trudy 1-j Moskovskoj psixiatr. b-цы. 1940;3. (In Russ.).
 29. Kolle K. Der wahnkranke im lichte alter und neuer psychopathologie. Stuttgart: Thieme. 1957.
 30. Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. 2007.
 31. Вейбрехт Г. (Weitbrecht HJ). Клиническая психиатрия (перевод с немецкого). Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. М., Медицина. 1967. Vejbrekht G. (Weitbrecht HJ). Klinicheskaya psixiatriya (perevod s nemeckogo). Pod red. G. Grule, R. Yunga, V. Majer-Grossa, M. Myullera. M., Medicina. 1967. (In Russ.).
 32. Ануфриев АК. О психопатологии начальных проявлений бредаобразования. Независимый психиатрический журнал. 1992;(1–2):14–24. Anufriev AK. O psihopatologii nachal'nyh proyavlenij bredoobrazovaniya. Nezavisimyj psixiatricheskij zhurnal. 1992;(1–2):14–24.
 33. Seglas J. Lecons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris: Asselin et Houzeau. 1895.
 34. Каннабию ЮВ. История психиатрии. М.: Академический проект. 2012. Kannabih YuV. Istoriya psixiatrii. M.: Akademicheskij projekt. 2012. (In Russ.).
 35. Леонгард К. (Leonhard K.) Систематика эндогенных психозов и их дифференцированная этиологии (перевод с немецкого). Под ред. Г. Бекмана, А.С. Тиганова. М.: Практическая медицина. 2010. Leongard K. (Leonhard K.) Sistematika endogennyh psihozov i ih differencirovannaya etiologii (perevod s nemeckogo). Pod red. G. Bekmana, A.S. Tiganova. M.: Prakticheskaya medicina. 2010. (In Russ.).
 36. Морозова ТН. Психопатология эндогенных депрессий. Дисс. доктора мед. наук. М. 1967. Morozova TN. Psihopatologiya endogennyh depressij. Diss. doktora med. nauk. M. 1967. (In Russ.).
 37. Лукомский ИИ. Маниакально-депрессивный психоз. М.: Медицина. 1968:34. Lukomskij II. Maniakal'no-depressivnyj psihoz. M.: Medicina. 1968:34. (In Russ.).
 38. Roose SP, Glassman AH, Walsh BT, Woodring S. Depression, delusions, and suicide. American Journal of Psychiatry. 1983;140(9):1159–1162. [https://DOI.org/10.1176/ajp.140.9.1159](https://doi.org/10.1176/ajp.140.9.1159)
 39. Reininghaus U, Jan Böhnke JR, Chavez-Baldini U, Gibbons R, Ivleva E, Clementz BA, Pearlson GD, Keshavan MS, Sweeney JA, Tamminga CA.

- Transdiagnostic dimension of psychosis in the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). *World Psychiatry*. 2019;18:67–76. <https://doi.org/10.1002/wps.20607>
40. Герман ЕЛ. Суицидальные тенденции в клинике психических заболеваний. Автореферат дис. канд. мед. наук. Винница. 1968.
German EL. Suicidal'nye tendencii v klinike psicheskikh zabolovaniy. Avtoreferat dis. kand. med. nauk. Vinnica. 1968. (In Russ.).
 41. Верещагина НВ. Суицидальное поведение при психических расстройствах. Автореферат дис. канд. мед. наук (14.00.18). Новосибирск. 2003.
Vereshchagina NV. Suicidal'noe povedenie pri psicheskikh rasstrojstvah. Avtoreferat dis. kand. med. nauk (14.00.18). Novosibirsk. 2003. (In Russ.).
 42. Юматова ПЕ. Клинико-психопатологические особенности бредаобразования и формирования фобулы депрессивного бреда при эндогенных депрессиях. *Психиатрия*. 2014;3(63):8–12.
Yumatova PE. Kliniko-psihopatologicheskie osobennosti bredoobrazovaniya i formirovaniya fobuly depressivnogo breda pri endogennyh depressiyah. *Psychiatry*. 2014;3(63):8–12. (In Russ.).
 43. Юматова ПЕ. Прогностическое значение диагностических параметров эндогенных заболеваний, протекающих с картиной бредовых депрессий. *Психиатрия*. 2019;1(81):20–29. <https://DOI.org/10.30629/2618-6667-2019-81-20-29>
Yumatova PE. Prognosticheskoe znachenie diagnosticheskikh parametrov endogennyh zabolovaniy, protekayushchih s kartinoj bredovyh depressij. *Psychiatry*. 2019;1(81):20–29. (In Russ.). <https://DOI.org/10.30629/2618-6667-2019-81-20-29>
 44. Юматова ПЕ, Мелешко ТК, Критская ВП. Патопсихологические параметры изменений личности при приступообразных эндогенных психозах с картиной бредовых депрессий. *Психиатрия*. 2016;1(69):67–68.
Yumatova PE, Meleshko TK, Kritskaya VP. Patopsihologicheskie parametry izmenenij lichnosti pri pristupoobraznyh endogennyh psihozah s kartinoj bredovyh depressij. *Psychiatry*. 2016;1(69):67–68. (In Russ.).
 45. Юматова ПЕ, Мельникова ТС, Изнак АФ. Электроэнцефалографические характеристики разновидностей депрессивного бреда при эндогенных депрессиях. *Психиатрия*. 2015;4(68):68–69.
Yumatova PE, Mel'nikova TS, Iznak AF. Elektroencefalograficheskie harakteristiki raznovidnostej depressivnogo breda pri endogennyh depressiyah. *Psychiatry*. 2015;4(68):68–69. (In Russ.).
 46. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ. Пер. ЮЛ Нуллера. Под. ред. СЮ. Циркина. СПб.: Адис. 1994.
Mezhdunarodnaya klassifikaciya boleznej 10-go peresmotra (МКБ-10). Klassifikaciya psicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv. VOZ. Per. YUL Nullera. Pod. red. SYU. Cirkina. SPb.: Adis. 1994. (In Russ.).
 47. Bremaud N. Melancolie delirante et paranoia: diagnostic differentiel. *L'Evolution psychiatrique*. 2014;79(2):273–285. <http://dx.DOI.org/10.1016/j.evopsy.2014.01.006>
 48. Leckman JF, Weissman MM, Prusoff BA, Caruso KA et al. Subtypes of depression. Family study perspective. *Archives of General Psychiatry*. 1984;41(9):833–838. DOI: 10.1001/archpsyc.1984.01790200015002
 49. Пападопулос ТФ. Острые эндогенные психозы. М.: Медицина. 1975.
Papadopoulos TF. Ostrye endogennye psihozy. M.: Medicina. 1975. (In Russ.).
 50. Краснов ВН. Клинико-патогенетические закономерности динамики циркулярных депрессий. Диссертация доктора мед. наук. М. 1987.
Krasnov VN. Kliniko-patogeneticheskie zakonomernosti dinamiki cirkulyarnyh depressij. Dissertaciya doktora med. nauk. M. 1987. (In Russ.).
 51. Вовин РЯ, Аксёнова ИО. Затяжные депрессивные состояния. Л.: Медицина. 1982.
Vovin RYa, Aksyonova IO. Zatyazhnye depressivnye sostoyaniya. L.: Medicina. 1982. (In Russ.).
 52. Lykouras E, Christodoulou GN, Malliaras D. Type and content of delusions in unipolar psychotic depression. *Journal of Affective Disorders*. 1985;9(3):249–252. DOI: 10.1016/0165-0327(85)90055-2
 53. Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, Ross R. DSM-IV Sourcebook Vol. 2. Washington: American Psychiatric Association. 1995.
 54. Lattuada E, Serretti A, Cusin C, Gasperini M, Smeraldi E. Symptomatology analysis of psychotic and non-psychotic depression. *Journal of Affective Disorders*. 1999;54(1–2):183–187. DOI: 10.1016/s0165-0327(98)00141-4
 55. Maj M, Pirozzi R, Magliano L, Fiorillo A, Bartoli L. Phenomenology and prognostic significance of delusions in major depressive disorder: a 10-year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68(9):1411–1417. DOI: 10.4088/jcp.v68n0913
 56. Ohayon MM, Schatzberg AF. Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(11):1855–1861. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.11.1855
 57. Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Hickie I, Boyce P, Mitchell P, Wilhelm K, Brodaty H. Distinguishing psychotic and non-psychotic melancholia. *Journal of Affective Disorders*. 1991;22(3):135–148. DOI: 10.1016/0165-0327(91)90047-v
 58. Aronson TA, Shukla S, Gujavarty K, Hoff A, DiBuono M, Khan E. Relapse in delusional depression: a retrospective study of the course of treatment. *Comprehensive Psychiatry*. 1988;29(1):12–21. DOI: 10.1016/0010-440x(88)90032-6
 59. Coryell W, Tsuang MT, McDaniel J. Psychotic features in major depression. Is mood congruence important?

- Journal of Affective Disorders*. 1982;4(3):227–237. DOI: 10.1016/0165-0327(82)90007-6
60. Gomez RG, Fleming SH, Keller J, Flores B, Schatzberg AF. The neuropsychological profile of psychotic major depression and its relation to cortisol. *Biological Psychiatry*. 2006;60(5):472–478. DOI: 10.1016/j.biopsych.2005.11.010
61. Hill SK, Keshavan MS, Thase ME, Sweeney JA. Neuropsychological dysfunction in antipsychotic-naïve first-episode unipolar psychotic depression. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(6):996–1003. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.6.996
62. American Handbook of Psychiatry. Ed. by Silvano Arieti. NY: Basic Book Inc. 1959. V. I, II.
63. Beck AT. Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. NY: Hoeber Medical Division. 1967.
64. Redlich FC, Freedman DX. Theory and Practice of Psychiatry. NY: Basic Book. 1966.
65. Glassman AH, Roose SP. Delusional depression. A distinct clinical entity? *Archives of General Psychiatry*. 1981;38(4):424–427. DOI: 10.1001/archpsyc.1981.01780290058006
66. Nelson WH, Khan A, Orr WW Jr. Delusion depression: Phenomenology, Neuroendocrine function, and tricyclic antidepressant response. *Journal of Affective Disorders*. 1984;6(3–4):297–306. DOI: 10.1016/s0165-0327(84)80008-7
67. Kok R, Heeren T, Nolen W. Treatment of psychotic depression in the elderly compared with nonpsychotic depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2010;30(4):465–467. DOI: 10.1097/JCP.0b013e-3181e6cdfc
68. Bjørklund L, Horsdal H, Mors O, Gasse C, Østergaard S. Psychopharmacological treatment of psychotic mania and psychotic bipolar depression compared to non-psychotic mania and non-psychotic bipolar depression. *Bipolar Disorders*. 2017;19(6):505–512. DOI: 10.1111/bdi.12504
69. Wijkstra J, Burger H, Walter W. van den Broek, Birkenhäger TK, Janzing J, Boks M, Bruijn J, van der Loos M, Breteler L, Verkes R, Nolen W. Long-term response to successful acute pharmacological treatment of psychotic depression. *Journal of Affective Disorder*. 2010;123(1–3):238–242. DOI: 10.1016/j.jad.2009.10.014
70. Целищев ОВ. Влияние терапии-антидепрессантами на депрессивные идеи. Материалы Российской, конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психических больных». М. 2006:133.
Celishchev OV. Vliyanie terapii-antidepressantami na depressivnye idei. Materialy Rossijskoj, konferencii «Sovremennye principy terapii i rehabilitacii psichicheskikh bol'nyh». М. 2006:133. (In Russ.).
71. Gaudiano BA, Beevers CG, Miller IW. Differential response to combined treatment in patients with psychotic versus nonpsychotic major depression. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2005;193(9):625–628. DOI: 10.1097/01.nmd.0000177791.33649.69
72. Мирошниченко ИИ, Абрамова ЛИ, Юматова ПЕ, Деменева АА, Олейчик ИВ. Терапевтический лекарственный мониторинг флувоксамина при депрессии. *Психиатрия*. 2011;3(51):21–25.
Miroshnichenko II, Abramova LI, Yumatova PE, Demeneva AA, Olejchik IV. Terapevticheskij lekarstvennyj monitoring fluvoksamina pri depressii. *Psychiatry*. 2011;3(51):21–25. (In Russ.).
73. Пантелеева ГП, Олейчик ИВ, Абрамова ЛИ, Юматова ПЕ. Лечение эндогенных депрессий венлафаксином: клиническое действие, переносимость и персонифицированные показания к назначению. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2015;115(1(2)):43–51. DOI:10.17116/jnevro20151152243-51
Panteleeva GP, Olejchik IV, Abramova LI, Yumatova PE. Lechenie endogennyh depressij venlafaksinom: klinicheskoe dejstvie, perenosimost' i personificirovannye pokazaniya k naznacheniju. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2015;115(1(2)):43–51. (In Russ.). DOI:10.17116/jnevro20151152243-51

Сведения об авторе

Юматова Полина Евгеньевна, младший научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, ORCID ID 0000-0002-2387-761X
E-mail: polyum@mail.ru

Information about the author

Polina E. Yumatova, Junior Researcher, FSBSI “Mental Health Research Centre”, Moscow, Russia, ORCID ID 0000-0002-2387-761X
E-mail: polyum@mail.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Юматова Полина Евгеньевна/Polina E. Yumatova
E-mail: polyum@mail.ru

Дата поступления 22.01.2020 Received 22.01.2020	Дата рецензии 08.04.2020 Revised 08.04.2020	Дата принятия 23.06.2020 Accepted for publication 23.06.2020
--	--	---