

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-102-110>

УДК 616.89-008.486

Личности гипертимного круга: эволюция взглядов на концепцию и патокинез гипертимии

Чуркина А.М., Субботская Н.В.

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

НАУЧНЫЙ
ОБЗОР

Резюме

Цель: представить эволюцию концепций гипертимии и ее патокинеза. **Материал и методы:** по ключевым словам «личности гипертимного круга», «гипертимия», «биполярное аффективное расстройство», «хроническая гипомания» проведен поиск публикаций в базах PubMed/MEDLINE, РИНЦ и других источниках с середины XIX века по настоящее время. **Заключение:** в науке исторически сложились две пересекающиеся психопатологические концепции на гипертимию, позиционирующие ее как единые континуумы БАР и аффективного темперамента/расстройства личности. В последние годы, благодаря успехам и внедрению биологической психиатрии, появились исследования, подтверждающие структурно-динамическую и патогенетическую целостность гипертимии.

Ключевые слова: личности гипертимного круга; гипертимия; хроническая гипомания; биполярное аффективное расстройство.

Для цитирования: Чуркина А.М., Субботская Н.В. Личности гипертимного круга: эволюция взглядов на концепцию и патокинез гипертимии. *Психиатрия*. 2021;19(1):102–110. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-102-110>

Конфликт интересов отсутствует

Personalities of the Hyperthymic Circle: Evolution of Conception Views and Patokinesis

Churkina A.M., Subbotskaya N.V.

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

REVIEW

Summary

The aim of review: to present the evolution of the concepts and pathokinesis of hyperthymia. **Materials and methods:** according to the keywords "personality of the hyperthymic circle", "hyperthymia", "bipolar affective disorder", "chronic hypomania", publications were searched in PubMed/MEDLINE, RSCI and other sources from the middle of the 19th century to the present. **Conclusion:** in science, historically, two intersecting psychopathological concepts of hyperthymia have developed, positioning it as a single continuum of bipolar disorder and affective temperament/personality disorder. In recent years, thanks to the success and introduction of biological psychiatry, studies have appeared that confirm the structural-dynamic and pathogenetic integrity of hyperthymia.

Keywords: personalities of the hyperthymic circle; hyperthymia; chronic hypomania; bipolar disorder.

For citation: Churkina A.M., Subbotskaya N.V. Personalities of the Hyperthymic Circle: Evolution of Conception Views and Patokinesis. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(1):102–110. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-102-110>

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Актуальная концепция гипертимии базируется на наличии в структуре личности таких черт, как красноречивость и шутовство, самоуверенность и оптимистичность, разносторонность интересов, обилие планов, энергичность, бодрость, повышенное либидо, привычно укороченный ночной сон, раскрепощенность, участливость, поиск новых ощущений [1]. Четыре и более из перечисленных характеристик свидетельствуют о причастности личности к кругу гипертимных.

Современные авторы также определяют гиперимию как «маниакальный» темперамент [2–4]. Под термином «темперамент» понимается индивидуальная особенность личности, определяющаяся ее активностью и эмоциональностью в их динамических проявлениях (эмоциональных реакциях, скорости движений и мимике, темпах мыслительных операций и внимания), а не содержательными аспектами деятельности [5]. В свою очередь, расстройство личности — патологическое состояние, характеризующееся дисгармоничностью психического склада и представляющее собой

постоянное, чаще врожденное свойство индивидуума, сохраняющееся в течение всей жизни [6]. Таким образом, гипертимия может рассматриваться и в контексте крайней степени выраженности темперамента, и как личностное расстройство.

Диагностика гипертимных личностей до сих пор представляется непринятой и недооцененной в плане суждения о полярности аффекта. Тогда как биполярность имеет множество различных проявлений, и континуум, концептуализированный Э. Крепелиным [7] между маниакальными и депрессивными состояниями, многогранен, современные классификационные системы пока не могут охватить его в достаточной мере [8].

Статистические данные о распространенности гипертимных личностей немногочисленны, что обусловлено редкими обращениями за помощью и диагностированием данного состояния не как болезни, а в рамках характерологических черт. Это связано, с одной стороны, с социальной приемлемостью и востребованностью гипертимных личностей, с другой — субъективным ощущением комфортности, позитивности и эгосинтонности данного состояния, когда идея обращения к врачу не возникает вовсе. О высокой встречаемости гипертимных личностей упоминает J. Angst [9]. Имеются сведения, что частота их в популяции составляет 1,2–5,4% [10]. Однако Н. Akiskal и соавт. установили, что гипертимами являются не более 1% населения, среди которых преобладают лица мужского пола [11].

Кроме того, благодаря самоуверенности и оптимистичности, гипертимы не отличаются склонностью к самоанализу и не считают свое состояние болезнью (по мнению Н. Akiskal, характеризуются «экстремальным отрицанием»), что приводит к отказу от обращения к врачу даже при развитии депрессии [12].

Гипертимию принято относить к подпороговым (малым) по выраженности аффективно-личностным нарушениям [13]. Малые расстройства маниакального спектра изучены в меньшей степени, чем подпороговые депрессивные нарушения ввиду вышеописанных причин. Гипертимия не имеет отдельной рубрики в МКБ 10-го пересмотра. Ранее (в МКБ-9) выделялись отдельные разделы расстройств личности аффективного типа, куда наряду с гипотимным вариантом включался и гипертимный тип (код 301.1); также присутствовала рубрика гипомании в разделе аффективных психозов (код 296.02). Однако в МКБ-10 рубрики аффективных расстройств личности фактически переключались и стали соответствовать циклотимии (F34.0) и дистимии (F34.1), т.е. *хроническим* аффективным расстройствам. Основанием для этого, видимо, стала тенденция к формированию и укреплению взглядов на аффективную личностную патологию как на континуальную концепцию в рамках малого биполярного расстройства [14, 15]. В устранении существующего диагностического дисбаланса в МКБ-10 значительно продвинулись разработчики МКБ-11, выделяя в специальную диагностическую рубрику БАР II типа с хотя

бы одним гипоманиакальным эпизодом в анамнезе наряду с одним депрессивным [16]. Тогда как Н. S. Akiskal и соавт. в начале XXI столетия говорили о необходимости включения всех уровней маниакального спектра в оценку распространенности БАР и о недоброкачественности субсиндромальных маниакальных расстройств [8].

Впервые о личностях, отличающихся повышенной жизнерадостностью, оптимистичностью, общительностью, дружелюбием, упоминается еще в трудах Гиппократ (ок. 460–377 гг. до н.э.) [17]. Он выделял четыре типа темперамента: холерический, меланхолический, флегматический и сангвинический, что объяснял гуморальной теорией, базирующейся на преобладании в организме различных жидкостей. Сангвинический темперамент характеризовался высокой психической активностью, энергичностью, работоспособностью, подвижностью, разнообразием и богатством мимики, быстрым темпом речи. В дальнейшем на протяжении веков гуморальная концепция темперамента оставалась ведущей, развитием учения Гиппократ о темпераменте занимались Гален, Аристотель [18]. Они описывали сангвиников общительными, эмоциональными, быстро реагирующими на окружающие события, легко приспосабливающимися к новым условиям. «Его чувства легко возникают и сменяются новыми, ему свойственна выразительность, но иногда и непостоянство». В середине XVIII века А. Галлер, ссылаясь на труды Гиппократ, выдвинул гипотезу, основанную на качествах нервной системы (сила и возбудимость кровеносных сосудов), которую в дальнейшем развивали его ученики [19].

На протяжении последнего столетия концепция гипертимии вызвала интерес многих выдающихся ученых, которые рассматривали ее либо в рамках субсиндромального течения аффективных расстройств, либо как характерологическую особенность, не несущую в себе негативного воздействия на психическое здоровье личности.

СТАНОВЛЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ ГИПЕРТИМИИ КАК ЕДИНОГО КОНТИНУУМА БАР

Термин «гипертимия» как психопатологическое понятие был введен в 1844 г. K.W. Stark и обозначался им как вариант аффективного расстройства [20]. В дальнейшем многие ученые, в частности С. Wernicke (1900), относили гипертимию к патологическому расстройству настроения — хронической мании [21].

Среди первых ученых, обративших внимание на темперамент как основу для развития болезни, был Е. Krepelin. Его гипотеза базировалась на наблюдении, что аффективный темперамент биологически явился результатом наследственной отягощенности маниакально-депрессивным психозом, неразвившимся в «цветущую» форму болезни. В 1896 г. Е. Krepelin описал конституционально-возбужденный тип личности.

Основными проявлениями этого варианта ученый считал «незначительно выраженное, но стойкое психомоторное возбуждение» и «стойко приподнятое, беспечное настроение», а также отсутствие глубоких привязанностей, добродушие [22]. Одним из первых Е. Kraepelin обратил внимание на то, что у таких личностей аффективные заболевания протекают тяжелее.

Е. Kretschmer, придерживаясь диатетической пропорции, выделял большую группу аффективных (циклотимных) личностей (1921) и описывал целый ряд личностных типов: «оживленный гипоманиакальный тип», «энергичные практики», «тихий самодовольный тип» и другие [23]. Он также считал, что циклотимный темперамент находится в тесной связи с возникновением депрессивных и маниакальных состояний.

Создатель концепции малой психиатрии П.Б. Ганнушкин (1933) относил «конституционально возбужденных» к группе циклоидных психопатий и характеризовал их как «людей кипучей энергии, откликающихся на все новое, энергичных и предприимчивых» [24]. Он также отмечал, что личности такого склада «изумляют окружающих гибкостью и многосторонностью своей психики, богатством мыслей, часто художественной одаренностью, душевной добротой и отзывчивостью, а главное, всегда веселым настроением». Автор утверждал, что конституционально возбужденные, так же как и циклотимные личности, в динамике могут трансформироваться в аффективные состояния обоих полюсов.

Основоположник отечественной генетики психических заболеваний Т.И. Юдин (1926) в своем труде «Психопатические конституции», как и его предшественники, выделял группу циклоидов, которых характеризовал как веселых, общительных, добродушных, открытых [25]. Ученый говорил о наличии «неоспоримой связи» между циклоидным складом личности и развитием маниакально-депрессивного психоза.

Термин «гипертимия» в значении аффективной психологической конституции в своих трудах упоминал и Th. Ziehen (начало XX века) [26]. Гипертимия он характеризовал как «болезненную маниакальную веселость», подразумевая, что личностные особенности являются фактором риска аффективных заболеваний, преимущественно маний [27].

В середине XX века немецкий психиатр К. Leonhard ввел понятие «акцентуированной личности», среди которых выделял и гипертимов. Автор описывал их как оптимистичных, деятельных, творческих натур. Резкую степень проявления гипертимного темперамента он называл гипоманиакальным состоянием. К. Leonhard писал, что «безоблачная веселость, чрезмерная живость таят в себе опасность, ибо такие люди, шутя, проходят мимо событий, к которым следовало бы отнестись серьезно» [28]. Ученый объединил гипоманиакальный, субдепрессивный и циклотимический темпераменты в рамках общего понятия «аффективные темпераменты», указывая тем самым, что данные варианты

личностной патологии могут приводить к развитию аффективных расстройств.

Выдающийся отечественный психиатр А.В. Снежневский (1983) выделял аффективный тип психопатии и относил к нему личностей, которым свойственны эмоциональная лабильность, неустойчивость настроения [29]. Он подразделял данный тип на два варианта: дистимический и гипертимический. Гипертимов ученый описывал как уверенных в себе и довольных собой, оптимистичных, подвижных, «умеющих пользоваться всеми благами жизни», общительных, разносторонне одаренных. Автор полагал, что оба варианта аффективной психопатии могут свидетельствовать о предрасположенности к развитию аффективных фаз.

В 1990 г. J. Pössl и D. von Zerssen, изучая преморбидные особенности пациентов с аффективными заболеваниями, выделили «маниакальный тип» личности [3]. Данный вариант личностной аномалии они описывали как сочетание гипертимных и истерических черт, причем гипертимные черты определялись стремлением к общению, оптимизмом, креативностью, склонностью к необдуманным финансовым растратам и импульсивным поступкам. Проявлениями истерического склада авторы называли преобладание поверхностных социальных контактов, уклонение от обязательств, потребность в повышенном внимании окружающих. J. Pössl и D. von Zerssen писали, что для личностей маниакального типа наиболее характерно развитие аффективной патологии, преимущественно БАР I типа (с превалированием маниакальных эпизодов).

С. Doran (2008) в труде, посвященном гипоманиакальным состояниям, писал о нечеткой границе между гипертимией и гипоманией [30]. Он предлагал разделять их, основываясь на таких критериях, как продуктивность, общительность, позитивность и предсказуемость.

А.Б. Смулевич в своей работе «Психопатология личности и коморбидных расстройств» (2009) писал о гипертимах как о личностях «с витальным ощущением успеха и благополучия», убежденных в благоприятности настоящего и будущего, имеющих «неиссякаемый запас» энергии, однако последовательных в своих действиях, достигающих определенных высот в карьере и личной жизни [6]. Автор также отмечал, что пик приподнятого настроения приходится на утренние часы, возможны сезонные спады на 1–2 дня, не достигающие глубины депрессивных состояний. Обычное для таких личностей состояние А.Б. Смулевич именуется хронической гипертимией, однако он также отмечает возможность наличия «аутохтонных подъемов», которые носят название «двойные мании». Представители научной школы А.Б. Смулевича (Б.А. Волель, Д.Ф. Пушкарёв, И.О. Нефедьева), подробно изучая личностей из круга гипертимных, выделили два варианта данного расстройства: стабильных («уравновешенных») и нестабильных гипертимов [31]. К первой группе относились личности с устойчиво приподнятым фоном настроения и оптимистичным взглядом на жизнь,

высокой продуктивностью, бесконфликтностью, коммуникабельностью, единообразием семейного и профессионального маршрута. Вторую группу авторы характеризовали эмоционально лабильными, вспыльчивыми, раздражительными, некритичными к своим действиям, но также сохраняющими оптимизм, высокую самооценку. Нестабильная гипертимия, по мнению исследователей, в динамике в большинстве случаев переходит в аффективное заболевание.

Современный классик в описании и изучении аффективных расстройств H.S. Akiskal, посвятивший большую часть своих работ биполярным расстройствам настроения, характеризовал гипертимов как энергичных, активных (несмотря на то, что они относятся к «малоспящим»), неутомимых, ярких, шутливых, общительных, успешных в профессии, склонных к занятиям экстремальными видами спорта [11, 32]. Этот ученый также отмечал, что гипертимам свойственна быстрая вовлеченность в какое-либо занятие и столь же быстрая потеря интереса к нему, назойливость, раскованность, уверенность в себе [33, 34]. H.S. Akiskal и соавт. упоминали о «легком» отношении личностей гипертимного круга к социальным контактам, сексуальным отношениям, финансам, собственному здоровью [11]. Неоднократно описывая в своих работах гипертимных личностей, H.S. Akiskal утверждал, что гипертимию можно считать «стертой формой аффективного заболевания» и данные личности обнаруживают предрасположенность к развитию биполярного аффективного расстройства (БАР) (преимущественно I типа, с преобладанием расстройств маниакального круга) [35–37]. В то же время он писал о том, что для гипертимов наименее свойственны самоповреждения и суицидальные попытки, но, учитывая свойственную таким личностям импульсивность, нельзя исключить их совсем [38]. Говоря о генетической составляющей, H.S. Akiskal утверждал, что и аффективная патология, и гипертимный тип личности имеют один и тот же наследственный радикал, относя, таким образом, гипертимию к состоянию, близкому к гипоманиакальному [39, 40]. Также автор, усовершенствовав классификацию аффективных расстройств, среди вариантов течения БАР выделил БАР I — «цветущую» манию (full-blown), которой именовал фазу подъема у личностей гипертимного круга [41–43], и БАР IV — гипертимическую депрессию, т.е. депрессию, развивающуюся у гипертимной личности, относя ее к «псевдо-униполярным» состояниям [12].

А.С. Аведисова и соавт., описывая типологию смешанных депрессий (2012–2014), выделили депрессии со скачкой идей, указав, что у пациентов этой группы в преморбиде отмечаются преимущественно гипертимные черты (активность, энергичность, приподнятый фон настроения, общительность, открытость) [44–48].

K.N. Fountoulakis, X. Gonda и соавт. (2016) в своей работе, посвященной изучению роли темперамента в развитии расстройств аффективного спектра, отмечали, что личностные особенности могут выступать

в качестве связующего звена между генетической предрасположенностью и клиническими проявлениями. Говоря о гипертимии, авторы указывали на высокую вероятность развития у таких личностей биполярного расстройства I типа (с преобладанием мании) [49].

Таким образом, многие исследователи, несмотря на принадлежность к разным психиатрическим школам, пришли к выводу, что личности с ярко выраженными гипертимными чертами предрасположены к БАР, причем большинство ученых указывает на вероятность формирования БАР с превалированием смешанных или маниакальных (гипоманиакальных) состояний.

ФОРМИРОВАНИЕ ВЗГЛЯДОВ НА ГИПЕРТИМИЮ КАК ЕДИНЫЙ КОНТИНУУМ ТЕМПЕРАМЕНТА/ ЛИЧНОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ

Большое число выдающихся психиатров имели иную точку зрения — гипертимия рассматривалась ими как личностная особенность, не связанная с развитием в дальнейшем аффективной патологии. Так, сангвинический темперамент как вариант личностной патологии впервые упоминает J. Van Deventer (1895), обозначая его «сангвинической неполноценностью» [50].

Ф. Шольц выделял группу психопатологических расстройств в области чувств и относил к ней такие варианты, как «шаловливый ребенок», «спесивый ребенок», «ребенок-эгоист», «тщеславный ребенок», «бедовый ребенок» [51]. При этом шаловливых автор описывал как живых, энергичных, веселых, деятельных, склонных к быстрой увлеченности различными сферами деятельности и такой же быстрой потере интереса к ним. Шольц писал, что данный вариант патологии характера чаще встречается у лиц мужского пола, у девочек же он возникает лишь при условии «отсутствия женского общества». Ф. Шольц отмечал, что в дальнейшем развитие личности зависит от воспитания и окружающей среды, не исключая возможности возникновения психических заболеваний и девиантного поведения.

Гипертимию в рамках личностной особенности рассматривал и K. Schneider [52]. В 1928 г. он выделил 10 типов психопатических личностей, в том числе гипертимов, подразделяя их на два варианта. К первому автор относил уравновешенных, деятельных людей с веселым нравом, добродушных оптимистов, ко второму — возбудимых, спорщиков, активно вмешивающихся в чужие дела. Кроме того, K. Schneider выделял особую группу «безудержных» гипертимов, отчасти соответствующую в современных классификациях эмоционально-неустойчивому и пограничному расстройству личности. K. Schneider считал, что «безудержные» не являются единой группой и составляют, скорее, социологическую, а не психопатологическую категорию. В то же время он писал, что «безудержными» бывают именно гипертимы: из-за своего сангвинического темперамента, тщеславия и оптимизма они легко увлекаются, а негативный опыт ими быстро

забывается. К. Schneider также полагал, что личностные аномалии стоит расценивать исключительно в качестве особенностей характера, указывая, что таких людей «нельзя снабдить диагностическими ярлыками, как болезни и их психические следствия».

В 1957 г. И.Ф. Случевский в своем труде «Психиатрия» разделил все формы психопатий на две группы: сильные, но неуравновешенные и слабые [53]. Гипертимов автор относил к первой группе, подразделяя на циркулярный и эксплозивный варианты. Лиц из группы гипертимно-циркулярных он описывал как склонных к перепадам настроения, поверхностных в суждениях, вспыльчивых, тщеславных, непостоянных. Людей, относящихся к гипертимно-эксплозивной форме, Случевский характеризовал как педантичных, злопамятных, упрямых, склонных к расстройствам настроения в виде «тоски, настолько тяжелой, что в это время они могут покончить самоубийством». Ученый, описывая динамику психопатий, не исключал возможность декомпенсации в виде различных аффективных состояний, а в случае гипертимно-эксплозивного типа — патологического аффекта и патологического опьянения.

Основоположник детской отечественной психиатрии Г.Е. Сухарева (1959) считала, что в основе личностной патологии лежат аномалии развития нервной системы. Ею были выделены три типа аномалий: задержанное (по типу дисгармонического инфантилизма) развитие, искаженное (диспропорциональное) развитие и поврежденное, связанное с поражением нервной системы на ранних этапах онтогенеза [54]. Гипертимные личности, по мнению автора, принадлежат ко второму типу аномалий развития и характеризуются высокой активностью, повышенной жизнерадостностью, немотивированными колебаниями настроения, а также «патологической гневливостью, сварливостью». Среди основных причин возникновения данного варианта личностной аномалии Г.Е. Сухарева указывает наследственную отягощенность.

Выдающийся немецкий психиатр N. Petrilowitsch (1960) выделял два варианта гипертимии: пассивную и экспансивную [55]. При этом, по его мнению, группа экспансивных гипертимиков, описанных им как властные, эгоистичные, склонные к паранойяльным установкам, трудно отграничивается от экспансивных шизоидов.

Г. Груле в труде «Клиническая психиатрия» (1967) характеризовал гипертимов как веселых, благодушных, «импульсивных и неугомонных». Он писал, что дети-гипертимы часто испытывают трудности в учебе, так как «неспособны сосредоточиться», склонны к обманам, девиантному и даже делинквентному поведению [56].

В 1977 г. классификацию акцентуированных личностей разработал А.Е. Личко. В свою классификацию он также включил гипертимический тип, характеризующийся постоянно приподнятым настроением (по типу гипертимии) и повышенным тонусом, неудержимой активностью и жаждой общения, «тенденцией

разбрасываться и не доводить начатое до конца» [57]. Также А.Е. Личко писал, что личности с гипертимной акцентуацией характера не переносят однообразной обстановки, монотонного труда, одиночества и ограниченности контактов, безделья, их отличает энергичность, активная жизненная позиция, коммуникабельность. Среди гипертимных личностей А.Е. Личко выделял несколько подтипов: гипертимно-неустойчивый, гипертимно-истероидный, гипертимно-эксплозивный. Гипертимно-неустойчивый является наиболее частым, для таких личностей характерны жажда развлечений, веселья, рискованных походов, пренебрежение занятиями и работой, частые эпизоды алкоголизации, сексуальные эксцессы и делинквентность, что в конечном итоге может привести к асоциальному образу жизни. Гипертимно-истероидный, по мнению А.Е. Личко, отличается преобладанием таких черт характера, как желание произвести впечатление, «покрасоваться перед другими», пустить «пыль в глаза», склонность к мистификациям, разыгрываемым с большой выдумкой, изобретательностью, артистизмом. Гипертимно-эксплозивный проявляется вспышками раздражения и гнева, что свойственно гипертимам, когда они встречаются с противодействием или терпят неудачи, «становятся особенно бурными и возникают по малейшему поводу». На высоте аффекта может утрачиваться контроль над своим поведением, возникают реакции агрессивного типа, но возможна и аутоагрессия. Несмотря на это, А.Е. Личко упоминал об отходчивости гипертимов, их способности легко прощать обиды, что отличает их от других вариантов личностной патологии. Описывая динамику расстройства, автор утверждает, что некоторые подростки-гипертимы в более старшем возрасте начинают проявлять черты циклоидности.

С.Ю. Циркин в работе «Аналитическая психопатология» (2012) писал о расстройствах личности гипертимного круга, приравнивая гиперимию к хронической гипомании [58]. Он характеризовал гипертимов как высокоактивных во всех сферах деятельности, успешных в обучении прежде всего за счет хорошей памяти, стимулируемой «яркой эмоциональностью». Автором было отмечено, что в детстве гипертимы невосприимчивы к наказаниям, из-за препятствия своим желаниям могут проявлять как вербальную, так и физическую агрессию. Кроме того, у детей с гипертимным расстройством личности практически не бывает страхов, они часто опережают сверстников в психическом и физиологическом развитии. В зрелом возрасте отличительной чертой гипертимов, помимо чрезмерной активности во всех сферах жизни, С.Ю. Циркин называл отсутствие заинтересованности в тесных эмоциональных контактах. Автор рассматривал гиперимию в рамках личностной патологии, указывая на возможность декомпенсации в виде гипоманиакальных и субдепрессивных состояний.

В. Dogan, A. Akyol и соавт., описывая предрасположенность личностей к развитию аффективных состояний (2018), пришли к выводу, что гипертимный

темперамент значительно реже, чем циклотимный, раздражительный и тревожный, ассоциировался с их возникновением [59].

W. Oniszczenko, E. Stanisławiak в своей работе, посвященной установлению взаимосвязи между типом темперамента и склонностью к прокрастинации (2020), полагали, что гипертимный вариант за счет таких характеристик, как живость, выносливость и ритмичность, отрицательно коррелирует с ней, в отличие от циклотимических личностей [60].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в науке исторически сложились две пересекающиеся психопатологические концепции гипертимии, позиционирующие ее как единые континуумы БАР и аффективного темперамента/расстройства личности. В последние годы, благодаря успехам и внедрению биологической психиатрии, появились исследования, подтверждающие структурно-динамическую и патогенетическую целостность гипертимных состояний: японские ученые N. Hoaki, T. Terao, Y. Wang, Sh. Goto, K. Tsuchiyama, N. Iwata (2011) [61], изучавшие нейробиологические показатели гипертимии, в том числе и серотонинергическую функцию, предположили, что гипертимный темперамент может иметь в своей основе серотонинергическую дисфункцию, так же как и биполярное расстройство. В то время как Z. Rihmer и соавт. (2010) [62] предположили возможную связь между гипертимным темпераментом и дофаминергической регуляцией: учитывая, что серотонинергические системы могут по крайней мере частично ингибировать дофаминергическую активность в некоторых областях мозга, более низкая серотонинергическая функция гипертимного темперамента может быть объяснена растормаживанием дофаминергической активности. Представление авторов о гипертимном темпераменте как о предшественнике биполярного расстройства укрепляет представление о непрерывности патогенетических связей между гипертимией в широкой трактовке и биполярным расстройством и подчеркивает, что гипотеза нестабильности может быть применена не только к биполярному расстройству, но и к гипертимному характеру.

Но, несмотря на длительность истории углубления знаний по проблеме гипертимного расстройства, по-прежнему остается актуальным вопрос: действительно ли гипертимия является субсиндромальным течением и/или диатезом БАР? Изучение вариантов динамики и патокинеза гипертимного расстройства, их психопатологического и биологического аспектов внесут вклад в прояснение данной проблемы и ответят на ряд вопросов: возможно ли развитие у гипертимов чисто депрессивных состояний или аффективные фазы всегда несут элементы смешанности; какие варианты психопатологических расстройств могут возникать в структуре аффективных фаз у личности гипертимного круга? Таким образом, патокинез преморбидной

гипертимии остается достаточно перспективным полем для дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Maj M, Akiskal HS, López-Ibor JJ, Sartorius N. Bipolar Disorder, 2002.
2. Akiskal KK, Akiskal HS. The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *J. Affect. Disord.* 2005;85:231–239. DOI: 10.1016/j.jad.2004.08.002
3. Pössl J, von Zerssen D. A case history analysis of the “manic type” and the “melancholic type” of premorbid personality in affectively ill patients. *Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.* 1990;23:347–355. DOI: 10.1007/BF01734540
4. Johnson SL, Carver CS. The dominance behavioral system and manic temperament: Motivation for dominance, self-perceptions of power, and socially dominant behaviors. *J. Affect. Disord.* 2012;142:275–282 DOI: 10.1016/j.jad.2012.05.015
5. Семке ВЯ. Основы персонологии. М.: Академический проект; Профессиональная психотерапевтическая лига, 2001:473.
Semke VIa. Osnovy personologii. M.: Akademicheskii proekt; Professional'naia psikhoterapevticheskaja liga, 2001:473. (In Russ.).
6. Смулевич АБ. Психопатология личности и коморбидных расстройств. М.: МЕДпресс-информ, 2009. Smulevich AB. Psikhopatologija lichnosti i komorbidnykh rasstrojstv. M.: MEDpress-inform, 2009. (In Russ.).
7. Kraepelin E. Manic Depressive Insanity and Paranoia. Edinburgh: E. & S. Livingstone, 1921.
8. Benazzi F, Akiskal HS. Refining the evaluation of bipolar II: beyond the strict SCID-CV guidelines for hypomania. *J. Affect. Disord.* 2003;73:33–38. DOI: 10.1016/s0165-0327(02)00327-0
9. Angst J. Epidemiologie der Depression: Resultate aus der Zurich-Studie. Depressionen. Therapiekonzepte in Vergleich. Berlin; Heidelberg: Springer Verlag 1993;3–12.
10. Figueira ML, Caeiro L, Ferro A, Severino L, Duarte PM, Abreu M, Akiskal HS, Akiskal KK. Validation of the Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (TEMPS-A): Portuguese-Lisbon version. *J. Affect. Disord.* 2008;111(2–3):193–203. DOI: 10.1016/j.jad.2008.03.001
11. Akiskal HS, Akiskal K. Cyclothymic, hyperthymic and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. *Annual Review of Psychiatry.* 1992;11:43–62.
12. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatric Clinics of North America.* 1999;22(3):517–534. DOI: 10.1016/s0193-953x(05)70093-9
13. Незнанов НГ, Коцюбинский АП, Мазо ГЭ. Биопсихосоциальная психиатрия: руководство для врачей.

- Специальное издательство медицинских книг, 2020.
- Neznanov NG, Kocjubinskij AP, Mazo GJe. Biopsihosocial'naja psihiatrija: rukovodstvo dlja vrachej. Special'noe izdatel'stvo medicinskih knig, 2020. (In Russ.).
14. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J. Affect. Disord.* 1998;50:143–151. DOI: 10.1016/s0165-0327(98)00142-6
 15. Angst J. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorder and hypomania. *J. Affect. Disord.* 2003;73:133–146. DOI: 10.1016/s0165-0327(02)00322-1
 16. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, Maj M, Stein DJ, Maercker A, Tyrer P, Claudino A, Garralda E, Salvador-Carulla L, Ray R, Saunders JB, Dua T, Poznyak V, Medina-Mora ME, Pike KM, Ayuso-Mateos JL, Kanba S, Keeley JW, Khoury B, Krasnov VN, Kulygina M, Lovell AM, de Jesus Mar Jair, Maruta T, Matsumoto C, Rebello TJ, Roberts MC, Robles R, Sharan P, Zhao Min, Jablensky A, Udomratn P, Rahimi-Movaghar A, Rydelius P-A, Bährer-Kohler S, Watts AD, Saxena S. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry.* 2019;18(1):3–19. DOI: 10.1002/wps.20611
 17. Akiskal HS, Akiskal KK. In search of Aristotle: temperament, human nature, melancholia, creativity and eminence. *J. Affect. Disord.* 2007;100(1–3):1–6. DOI: 10.1016/j.jad.2007.04.013
 18. Каннабих Ю. История психиатрии. Л.: Государственное медицинское издательство, 1928. Kannabih Ju. Istorija psihiatrii. L.: Gosudarstvennoe medicinskoe izdatel'stvo, 1928. (In Russ.).
 19. Fritze F, Ehrt U, Brieger P. Zum Konzept der Hyperthymie: Historische Entwicklung und aktuelle Aspekte. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 2002;70:117–125. DOI: 10.1055/s-2002-20530
 20. Stark KW. Allgemeine Pathologie oder allgemeine Naturlehre der Krankheit. Auflage Leipzig: Breitkopf und Härtel, 1844.
 21. Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie. Leipzig: Thieme, 1900.
 22. Kraepelin E. Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 5. Auflage. Leipzig: Johann Ambrosius Barth, 1896.
 23. Kretschmer E. Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. Berlin: Springer, 1921.
 24. Ганнушкин ПБ. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. М., 1933. Gannushkin PB. Klinika psihopatij: ih statika, dinamika, sistematika. M., 1933. (In Russ.).
 25. Юдин ТИ. Психопатические конституции. М.: Издание М. и С. Сабашниковых, 1926. Iudin TI. Psikhopaticheskie konstitutsii. M.: Izdanie M. i S. Sabashnikovyx, 1926. (In Russ.).
 26. Ziehen T. Zur Lehre von den psychopathischen Konstitutionen. *Charite-Annalen.* 1905;29:279–300.
 27. Пятницкий НЮ. Понимание психопатических конституций и психического дефекта в концепции Т. Циэна. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2016;8:62–69. DOI: 10.17116/jnevro20161168162-69
 28. Pjatnickij NJu. Understanding of psychopathological constitutions and mental defect in the concept of Th. Ziehen. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2016;8:62–69. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro20161168162-69
 29. Leonhard K. Akzentuierte Persönlichkeiten. 2. Auflage. Berlin: Verlag Volk und Gesundheit, 1976.
 30. Руководство по психиатрии: В 2 т. Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина 1983. Rukovodstvo po psikhiiatrii: V 2 t. Pod red. A.V. Snezhnevskogo. M.: Meditsina 1983. (In Russ.).
 31. Doran CM. The Hypomania Handbook: The Challenge of Elevated Mood, 2008.
 32. Волель БА, Пушкарев ДФ, Нефедьева ИО. Типология гипертимного расстройства личности (аспекты прогноза). *Психиатрия.* 2011;1:14–21. Volel' BA, Pushkarev DF, Nefed'eva IO. The typology of hyperthymic personality disorder (aspects of prognosis). *Psychiatry.* 2011;1:14–21. (In Russ.).
 33. Akiskal HS. Affective temperaments as precursors of mood disorders. Syllabus and scientific proceedings. The 161 Annual meeting of the American Psychiatric Association. Washington, 2008;220.
 34. Akiskal HS. Delineating irritable-choleric and hyperthymic temperaments as variants of cyclothymia. *Journal of Personality Disorders.* 1992;6(4):326–342.
 35. Benazzi F. The problem of the treatment of bipolar-II depression. *Bipolar. Disord.* 2004;6:440–441. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2004.00125.x
 36. Akiskal HS, Hirschfield RMA, Yerevanian BI. The Relationship of Personality to Affective Disorders: A Critical Review. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1983;40:801–810. DOI: 10.1001/archpsyc.1983.01790060099013
 37. Akiskal HS. The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994;89:32–37. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb05815.x
 38. Perugi G, Akiskal HS, Micheli C, Musetti L, Paiano A, Quilici C, Rossi L, Cassano GB. Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader European definition in 143 cases. *J. Affect. Disord.* 1997;43:169–180. DOI: 10.1016/s0165-0327(97)01446-8
 39. Vazquez GH, Gonda X, Zaratiegui R, Lorenzo LS, Akiskal K, Akiskal HS. Hyperthymic temperament may protect against suicidal ideation. *J. Affect. Disord.* 2010;127:38–42. DOI: 10.1016/j.jad.2010.04.015
 40. Akiskal HS. Temperament, mood disorder and human nature: toward an integration of psychological medicine and evolutionary biology. *Annals of General Psychiatry.* 2006;5(Suppl.1):S51. DOI: 10.1186/1744-859X-5-S1-S51

40. Benazzi F. Atypical depression with hypomanic symptoms. *J. Affect. Disord.* 2001;75:179–183. DOI: 10.1016/S0165-0327(00)00266-4
41. Akiskal HS. The mixed states of bipolar I, II, III. *Clin. Neuropsychopharm.* 1992;15:1a:632–633. DOI: 10.1097/00002826-199201001-00327
42. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1996;16:2:4–14. DOI: 10.1097/00004714-199604001-00002
43. Jovic J, Hinic D, Corac A, Akiskal HS, Akiskal K, Maremani I, Popovic D, Ristic-Ignjatovic D. The development of temperament evaluation of Memphis, Pisa, Paris, and San Diego auto-questionnaire for adolescents (A-TEMPS-A) in a Serbian sample. *Psychiatra Danubina.* 2019;31:308–315. DOI: 10.24869/psyd.2019.308
44. Аведисова АС. Маниакально-депрессивный психоз — биполярное расстройство — аффективный спектр: смена парадигм. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2012;112(11–2):21–28.
Avedisova AS. Manic-depressive psychosis — bipolar disorder — an affective spectrum: a change of paradigms. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2012;112(11–2):21–28. (In Russ.).
45. Аведисова АС, Воробьев РВ. Типология смешанных депрессивных состояний в клинике биполярного аффективного расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2014;114(1):16–25.
Avedisova AS, Vorob'ev RV. Typology of mixed depressive states in bipolar affective disorder. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2014;114(1):16–25. (In Russ.).
46. Аведисова АС, Воробьев РВ. Эволюция концепции смешанных состояний в клинике биполярного аффективного расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2013;113(6):4–10.
Avedisova AS, Vorob'ev RV. Evolution of the concept of mixed states in bipolar disorder. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2013;113(6):4–10. (In Russ.).
47. Аведисова АС, Марачев МП. Клиническая типология атипичной депрессии при биполярном и монополярном аффективном расстройстве. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2012;112(3):18–24.
Avedisova AS, Marachev MP. Clinical typology of atypical depression in bipolar and unipolar affective disorders. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2012;112(3):18–24. (In Russ.).
48. Воробьев РВ. Клиническая типология смешанных маниакальных состояний при биполярном аффективном расстройстве. *Российский психиатрический журнал.* 2014;1:33–42.
49. Vorob'ev RV. Klinicheskaia tipologiya smeshannykh maniakaľnykh sostoianii pri bipoliarnom affektivnom rasstroistve. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal.* 2014;1:33–42. (In Russ.).
49. Fountoulakis KN, Gonda X, Koufaki I, Hyphantis T, Cloninger CR. The role of temperament in the etio-pathogenesis of bipolar spectrum illness. *Harvard Review of Psychiatry* 2016;24(1):36–52. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000077
50. Van Deventer J. Ein Fall von sanguinischer Minderwertigkeit. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.* 1895;55:550–578.
51. Шольц Ф. Ненормальности детских характеров. М., 1893.
Shol'ts F. Nenormal'nosti detskikh kharakterov. M., 1893. (In Russ.).
52. Schneider K. Die Psychopathischen Persönlichkeiten. Leipzig, Wien, 1928.
53. Случевский ИФ. Психиатрия. М.: Медгиз, 1957.
Sluchevskii IF. Psikhiaatriia. M.: Medgiz, 1957. (In Russ.).
54. Сухарева ГЕ. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медгиз, 1959.
Sukhareva GE. Klinicheskie lektzii po psikhiatrii detskogo vozrasta. M.: Medgiz, 1959. (In Russ.).
55. Petrilowitsch N. Abnorme Persönlichkeiten. Basel, NY, 1960.
56. Груле Г, Юнг Р, Майер-Гросс В, Мюллер М. Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1967.
Grule G, Iung R, Maier-Gross V, Miuller M. Klinicheskaia psikhiatriia. M.: Meditsina, 1967. (In Russ.).
57. Личко АЕ. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983.
Lichko AE. Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov. L.: Meditsina, 1983. (In Russ.).
58. Циркин СЮ. Аналитическая психопатология. М.: Бином, 2012.
Tsirkin SIu. Analiticheskaja psikhopatologiya. M.: Binom, 2012.
59. Dogan B, Akyol A, Memis CO, Sair A, Akyildiz U, Sevincok L. The relationship between temperament and depression in Parkinson's disease patients under dopaminergic treatment. *Psychogeriatric.* 2018;19(1):83–84. DOI: 10.1111/psyg.12366
60. Oniszczenko W, Stanisławiak E. Affective temperaments and procrastination as mediated by emotional reactivity in a nonclinical adult sample. *Current Issues in Personality Psychology.* 2020;8(2):92–99. DOI: 10.5114/cipp.2020.96086
61. Hoaki N, Terao T, Wang Y, Goto S, Tsuchiyama K, Iwata N. Biological aspect of hyperthymic temperament: light, sleep, and serotonin. *Psychopharmacology.* 2011;213:633–638. DOI: 10.1007/s00213-010-1999-0
62. Rihmer Z, Akiskal K, Rihmer A, Akiskal H. Current research on affective temperaments. *Current Opinion in Psychiatry* 2010;23:1:12–18. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32833299d4

Сведения об авторах

Чуркина Анна Михайловна, аспирант, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-7453-3155>

E-mail: anna_churkina@outlook.com

Субботская Нелли Викторовна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Российская Федерация, <https://orcid.org/0000-0002-0098-6725>

E-mail: snusmi@yandex.ru

Information about the authors

Anna M. Churkina, Postgraduate Student, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-7453-3155>

E-mail: anna_churkina@outlook.com

Nelly V. Subbotskaya, MD, PhD, Cand. of Sci. (Med.), FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-0098-6725>

E-mail: snusmi@yandex.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Чуркина Анна Михайловна/Anna M. Churkina

E-mail: anna_churkina@outlook.com

Дата поступления 30.09.2020
Received 30.09.2020

Дата рецензии 01.11.2020
Revised 01.11.2020

Дата принятия 12.11.2020
Accepted for publication 12.11.2020