#### Иванец Н.Н., Тартынский К.М., Кренкель Г.Л., Прохорова С.В.

Кафедра психиатрии и наркологии лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 9

# Клинико-психопатологические особенности депрессий с паническими атаками

**Цель** исследования — изучение клинико-психопатологических особенностей депрессий с паническими атаками.

**Пациенты и методы.** Обследовано 100 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, проходивших стационарное или амбулаторное лечение в Клинике психиатрии им. С.С. Корсакова по поводу депрессии легкой и умеренной степени тяжести с паническими атаками. Исследование проводилось клиническим методом с применением психометрических шкал: шкалы депрессии Moнтгомери—Acберга (Montgomery—Asberg Depression Rating Scale, MADRS), шкалы атипичной депрессии (Atypical Depression Diagnostic Scale, ADDS), оценочной клинической шкалы тревоги Шихана.

**Результаты**. Клинико-психопатологическая картина депрессии с паническими атаками достоверно различалась в трех выделенных группах пациентов: с невротической депрессией (НД), рекуррентным депрессивным расстройством (РДР), биполярным аффективным расстройством (БАР). НД с паническими атаками характеризовалась наличием незначительных кратковременных симптомов тоскливости, невыраженной ангедонии с максимальным проявлением личностной сенситивности и тенденцией к злоупотреблению алкоголем. РДР с паническими атаками были свойственны меланхолические тоскливые симптомы, ангедония, классические суточные колебания настроения, максимально выраженная реактивность настроения. Депрессиям с паническими атаками в рамках БАР присущи апатические проявления, гиперсомния, повышение аппетита, склонность к злоупотреблению алкоголем.

Заключение. Депрессии с паническими атаками имеют психопатологические особенности в зависимости от того, развиваются они в рамках НД, РДР или БАР.

**Ключевые слова:** атипичная депрессия; биполярное аффективное расстройство; гиперсомния; гиперфагия; депрессия; паническая атака; рекуррентная депрессия; тревога.

Контакты: Кирилл Михайлович Тартынский; kirilltartinskiy@gmail.com

**Для ссылки:** Иванец НН, Тартынский КМ, Кренкель ГЛ, Прохорова СВ. Клинико-психопатологические особенности депрессий с паническими атаками. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2017;9(3):18—23.

# Clinical and psychopathological features of depressions with panic attacks Ivanets N.N., Tartynsky K.M., Krenkel G.L., Prokhorova S.V.

Department of Psychiatry and Narcology, Faculty of General Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia

11, Rossolimo St., Build. 9, Moscow 119021

Objective: to study the clinical and psychopathological features of depressions with panic attacks.

Patients and methods. A total of 100 in- and outpatients aged 18 to 60 years, who had been treated in the S.S. Korsakov Clinic of Psychiatry for mild and moderate depression with panic attacks, were clinically examined using the psychometric scales: the Montgomery—Asberg Depression Rating Scale, the Atypical Depression Diagnostic Scale, and the Sheehan Clinical Anxiety Rating Scale.

Results. The clinical and psychopathological picture of depression with panic attacks differed significantly in three identified groups of patients with neurotic depression (ND), recurrent depressive disorder (RDD), and bipolar affective disorder (BAD). NDs with panic attacks were characterized by insignificant short-term symptoms of dreariness, indistinct anhedonia with the maximum manifestation of personality sensitivity, and a tendency to alcohol abuse. DDRs with panic attacks were inherent in melancholic and dreary symptoms, anhedonia, classical circadian mood fluctuations, and the most marked reactivity of mood. Depressions with panic attacks within BAD were typical of apathetic manifestations, hypersomnia, hyperphagia, and alcohol craving.

Conclusion. Depressions with panic attacks have psychopathological features depending on whether they develop within ND, RDR, or BAD.

**Keywords**: atypical depression; bipolar affective disorder; hypersomnia; hyperphagia; depression; panic attack; recurrent depression; anxiety. **Contact**: Kirill Mikhailovich Tartynsky; **kirilltartinskiy@gmail.com** 

For reference: Ivanets NN, Tartynsky KM, Krenkel GL, Prokhorova SV. Clinical and psychopathological features of depressions with panic attacks. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2017;9(3):18–23. **DOI**: http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2017-3-18-23

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДИКИ

Результаты различных эпидемиологических исследований подтверждают высокую распространенность депрессий с паническими атаками. Отечественными авторами описано наличие панических атак с агорафобией у 57,8% пациентов с депрессией, в частности у 26,7% с дистимией, у 22,2% с умеренным депрессивным эпизодом, у 8,9% с легким депрессивным эпизодом [1]. В ряде работ предлагается рассматривать панические атаки как один из маркеров принадлежности депрессии к биполярному аффективному расстройству (БАР) [2]. По данным зарубежных исследователей, у 22% больных с паническим расстройством выявлялась клинически выраженная депрессия [3], а риск ее развития был в 2,6 раза выше в течение 5 лет с момента установления диагноза панического расстройства [4]. При этом панические атаки при атипичной депрессии отмечаются чаще, чем при меланхолической, т. е. примерно в половине случаев [5]. В свою очередь атипичная депрессия встречается у 40% пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством (РДР), у 60% с дистимией, у 50% с БАР [6] и рассматривается как своеобразный переходный синдром от монополярной депрессии к БАР II типа [7] с преобладающими проявлениями, характерными для каждого из этих состояний [8]. Единого представления о психопатологическом содержании атипичной депрессии нет. В отечественной психиатрии атипичность традиционно рассматривается как трансформация классической структуры депрессивного синдрома либо с изменением соотношения его компонентов, либо с дополнением психопатологическими образованиями неаффективного регистра [9, 10].

По мнению зарубежных авторов, атипичная депрессия представляет собой определенный симптомокомплекс. в разное время к нему относили инвертированный характер суточных колебаний настроения, преувеличение тяжести ситуаций, с которыми пациенты легко справлялись ранее, отсутствие реакции на терапию трициклическими антидепрессантами [11, 12], гиперсомнию, раздражительность, чувство тяжести в конечностях («свинцовый паралич») [13, 14], панические атаки, преобладание соматических жалоб, выраженное чувство усталости, истерические черты личности [15, 16]. Это получило отражение в наименовании таких состояний, как «тревожная истерия с вторичной депрессией», «истероидная дисфагия» [17], «истерическая дисфория» [18], «невротическая депрессия» [19, 20]. Исследователи выделяли несколько клинических вариантов на основе таких критериев, как проявление тревоги в виде панических атак, инвертированный характер суточных колебаний, увеличенная продолжительность сна, повышение аппетита и массы тела [21-23].

Таким образом, поскольку клинико-психопатологические характеристики депрессий с паническими атаками до конца не изучены, необходимы их дальнейшие исследования.

**Цель** настоящей работы — изучение клинико-психопатологических особенностей депрессий с паническими атаками.

Пациенты и методы. Обследовано 100 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, проходивших стационарное или амбулаторное лечение в Клинике психиатрии им. С.С. Корсакова.

Критерием включения являлось наличие депрессии легкой и умеренной степени тяжести в сочетании с паническими атаками. Критерии исключения — признаки манифестного эндогенного психоза, вялотекущей шизофрении, органического поражения ЦНС, тяжелого соматического заболевания в стадии декомпенсации, злоупотребления психоактивными веществами. В исследование не входили пациенты с типичной классической меланхолической депрессией.

Использовали следующие методы: 1) клинико-психопатологический; 2) психометрический: шкала депрессии Монтгомери—Acберга (Montgomery—Asberg Depression Rating Scale, MADRS); шкала атипичной депрессии (Atypical Depression Diagnostic Scale, ADDS); оценочная клиническая шкала тревоги Шихана; 3) статистический пакет Statistica 10.

Результаты исследования. Выделены следующие группы пациентов: 1) с невротическими депрессиями (НД), в структуре которых развивались панические атаки; 2) с РДР, в рамках которого отмечались панические атаки; 3) с БАР, при котором в структуре депрессивных эпизодов возникали панические атаки.

Среди обследованных число мужчин и женщин было примерно одинаковым (53 и 47% соответственно), в группе НД существенно преобладали женщины: 73,3% против 26,7%. При эндогенных депрессиях наблюдалась противоположная картина: явное преобладание мужчин в группе РДР (мужчин -60.6%, женщин -39.4%) и в группе БАР (67,6 и 32,4% соответственно). Во всех группах большинство пациентов состояли в браке, однако в группах РД и БАР отмечалась значительная доля разведенных (30,3 и 35,1% соответственно). Большинство обследованных составляли работающие и лица с высшим образованием. Все 4 случая инвалидности наблюдались в группе БАР (быстроциклическое и континуальное течение аффективного расстройства). Подавляющее большинство пациентов в группе НД обратились за специализированной психиатрической помощью впервые, а в группах РДР и БАР – повторно (табл. 1).

Наследственная отягощенность в группах имела ряд особенностей (табл. 2). Так, у больных РДР достоверно чаще наблюдалась отягощенность аффективными расстройствами в сравнении с группами БАР и НД (42,4; 32,4 и 10% соответственно). Пациенты и их родные четко указывали на наличие у родственников определенных периодов «обострений тоски, тревоги, выраженного снижения работоспособности и активности», нередко имевших сезонный характер. Следует отметить значительное преобладание наследственной отягощенности в отношении злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, которая примерно в одинаковом числе случаев встречалась в группах БАР и НД и значительно реже — в группе РДР (37,8; 30 и 9,1% соответственно). Отягощенность тревожными, тревожно-фобическими расстройствами регистрировалась лишь у 16,7% пациентов с НД.

При исследовании преморбидных личностных особенностей у пациентов с НД выявлено значительное преобладание психастенических, а также истерических черт личности (50 и 36,7% соответственно) и лишь в небольшом числе случаев отмечались гипертимные (10%) и шизоидные (3,3%) черты. В группе РДР, как и в группе НД, примерно в половине случаев (48,5%) наблюдались психастенические черты личности в преморбиде, значительно реже встречалось преобладание паранойяльных (21,2%), истерических (18,2%) и шизоидных (12,1%) черт. Больные с БАР характеризовались значительным преобладанием гипертимных

Таблица 1. Социально-демографическая характеристика пациентов

Показатель	Всего пациентов (n=100)	НД (n=30)	РДР (n=33)	БАР (n=37)
Пол, n (%): мужской женский	53 (53) 47 (47)	8 (26,7) 22 (73,3)*	20 (60,6) 13 (39,4)	25 (67,6) 12 (32,4)
Средний возраст, годы ( $M\pm\delta$ ): на момент включения в исследование к началу заболевания	36,7±10,7	29,4±7,4	42,6±9,2	37,3±10,8
	28,1±7	26,5±5,9	32,5±8,5**	25,4±3,9
Семейный статус, n (%): состоят в браке не состоят в браке разведены	50 (50 )	13 (43,3)	22 (66,7)	15 (40,5)
	22 (22)	12 (40)	1 (3)	9 (24,3)
	28 (28)	5 (16,7)	10 (30,3)	13 (35,1)
Образование, n (%): среднее специальное неоконченное высшее высшее	13 (13) 20 (20) 67 (67)	5 (16,7) 9 (30) 16 (53,3)	8 (24,2) 4 (12,1) 21 (63,6)	0 (0) 7 (18,9) 30 (81,1)
Профессиональный статус, n (%): работают или учатся не работают инвалиды	79 (79)	19 (63,3)	30 (90,9)	30 (81,1)
	17 (17)	11 (36,7)	3 (9,1)	3 (8,1)
	4 (4)	0 (0)	0 (0)	4 (10,8)
Обращение, n (%): первичное повторное	44 (44)	23 (76,7)**	10 (30,3)	10 (27,0)
	56 (56)	7 (23,3)	23 (69,7)	27 (73,0)
*p=0,002; **p<0,001.				

черт личности (56,8%), в отличие от пациентов других групп в преморбиде у них были представлены циклоидные черты (8,8%), также в незначительном числе случаев встречались истерические, паранойяльные, психастенические и шизоидные особенности личности (табл. 3).

Пациенты в группах достоверно различались по основным показателям течения заболевания (табл. 4): возрасту его начала, частоте (количеству депрессивных эпизодов) и длительности обострений. Средний возраст начала заболевания в группах НД и БАР был сопоставим ( $26,5\pm5,9$  и  $25,4\pm3,9$  года соответственно), в группе РД заболевание манифестировало значительно позже ( $32,5\pm8,5$  года). Средняя продолжительность депрессивного эпизода оказалась максимальной в группе НД ( $9,7\pm4,1$  мес) и минимальной в группе БАР ( $4,9\pm1,8$  мес).

Больные эндогенными депрессиями (РДР, БАР) к моменту обследования перенесли в среднем 3—4 депрессивных эпизода. У пациентов с НД, как правило, регистрировался 1 депрессивный эпизод, но более затяжной, чем у пациентов с эндогенными депрессиями.

У всех больных в структуре депрессии выявлялись неожиданно возникающие и быстро, в течение нескольких минут, нарастающие проявления интенсивной тревоги с сома-

Таблица 2. Наследственная отягощенность у обследованных, п (%)

,,,,,				
Наследственность	НД (n=30)	РДР (n=33)	БАР (n=37)	
Не отягощена	13 (43,3)	16 (48,5)	11 (29,7)*	
Отягощена: аффективные расстройства тревожно-фобические расстройства злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами	3 (10)* 5 (16,7)* 9 (30)	14 (42,4) 0 (0) 3 (9,1)*	12 (32,4) 0 (0) 14 (37,8)*	
*p<0,001 (здесь и в табл. 3, 4).				

товегетативными нарушениями (сердцебиение, стеснение в груди, ощущение удушья, нехватка воздуха, потливость, головокружение), ощущением надвигающейся смерти либо угрожающего жизни заболевания (инфаркт, инсульт и др.), страхом потери сознания либо контроля над собой, сумасшествия, иногда сопровождавшиеся явлениями деперсонализации, дереализации, а также конверсионными симптомами («ком в горле», онемение, судороги и др.), обычно длившиеся не более 20—30 мин [24]. Указанные проявления тревоги в той или иной степени встречались у всех больных. Однако структура и выраженность их были различны.

На основании превалирующих проявлений соматической тревоги и их тяжести можно было выделить определенные типы панических приступов. При кардиальных приступах были максимально выражены тахикардия, чувство сдавления в груди, ощущение «перебоев, остановки сердца», кризового повышения артериального давления, что в некоторых случаях требовало дифференциальной диагностики с феохромоцитомой, приступами стенокардии. Эти симптомы имели разную выраженность — от легкой («волнение-трепыхание в груди, в сердце») и умеренной («сердце скачет, колотится») до крайне драматичной (переживание кардиальной катастрофы («сердце загналось, останавлива-

ется, выскакивает из груди»). Умеренные кардиальные симптомы были представлены примерно с одинаковой частотой во всех группах (53,3; 54,5 и 48,6%). Максимально же выраженными (катастрофическое переживание смерти от «инфаркта, остановки сердца, аритмии») они чаще всего были у пациентов с НД и РДР по сравнению с пациентами с БАР (36,7; 30,3 и 18,9% соответственно). Вегетативные сим-

# ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДИКИ

птомы тревоги определяли соответствующее идеаторное содержание, выражавшееся в кардиофобии. В момент приступов такие больные обращались за скорой медицинской помощью по поводу «аритмии, инфаркта, гипертонического криза». Они неоднократно проходили обследования у соответствующих специалистов, настаивали на повторных консультациях кардиолога.

При гипервентиляционных приступах преобладали такие нарушения, как усиленное учащенное дыхание, затруднение на вдохе, ощущение удушья и нехватки воздуха, рефлекторное апноэ, парестезии, болезненные ощущения в мыщцах вследствие респираторного алкалоза. Наблюдалась различная выраженность этих проявлений - от незначительной в виде одышки («словно забегался») и умеренной («тяжело дышать, не хватает воздуха») до максимальной («удушье, дыхание прерывается, останавливается, совсем не могу вдохнуть»). В момент таких приступов пациенты пытались покинуть

помещение или транспорт, в котором находились, выйти «на свежий воздух», некоторые разбивали окна. Выраженность и частота гипервентиляционных нарушений были примерно одинаковыми у пациентов всех трех групп.

При аффективных приступах наряду с паническими атаками отмечалась кратковременная гипотимия различной степени — от незначительной «грусти», умеренной «тоскливости» до «нестерпимого отчаяния, черной тоски». В этих случаях тревога отступала на второй план, была выражена в меньшей степени, реже звучала в жалобах пациентов. Максимально выраженная гипотимия достоверно чаще встречалась в группах НД и РДР, чем в группе БАР (46,7; 27,3; 16,2% и 30; 42,4; 16,2% соответственно; р<0,001). Во всех трех группах средний балл по шкале тревоги Шихана соответствовал уровню клинически выраженного тревожного расстройства. Выраженность тревоги в группах НД и РДР была примерно одинаковой и превосходила таковую в группе БАР (средний балл по оценочной шкале тревоги Шихана — 68,8±13,4; 70,6±15,8 и 57,6±11,8 соответственно).

У всех пациентов депрессия была легкой и средней степени тяжести, незначительная тенденция к более тяжелой депрессии наблюдалась в группах РДР и БАР по сравнению с группой НД (средний балл по шкале MADRS — 26,6±1,6; 25±4,6 и 21,9±4,3 соответственно). Психопатологически депрессия проявлялась снижением настроения, психической и двигательной активности в сочетании с соматическими, в первую очередь вегетативными, расстройствами [10].

В структуре депрессий доминировал тревожный компонент, выраженный гипотимией, сочетающейся с неопределенным ожиданием надвигающейся катастрофы, несчастья и диффузным, разлитым чувством внутреннего напряжения. Сами больные субъективно описывали свое состояние так: «не могу найти себе места», «постоянное беспокойство, хочется лезть на стену», «словно дрожит и трясется все

Таблица 3. Структура преморбидных личностных особенностей у обследованных, п (%)

Преобладающие черты личности	НД (n=30)	РДР (n=33)	БАР (n=37)	Bcero (n=100)
Психастенические	15 (50)	16 (48,5)	3 (8,1)*	34 (34)
Истерические	11 (36,7)*	6 (18,2)	4 (10,8)	21 (21)
Шизоидные	1 (3,3)*	4 (12,1)	3 (8,1)	8 (8)
Паранойяльные	0 (0)*	7 (21,2)	3 (8,1)	10 (10)
Циклоидные	0 (0)*	0 (0)	3 (8,8)	3 (3)
Гипертимные	3 (10)	0 (0)*	21 (56,8)	24 (24)

Таблица 4. Основные показатели течения заболевания

Показатель	НД (n=30)	РДР (n=33)	БАР (n=37)
Средний возраст к началу заболевания (М $\pm$ $\delta$ ), годы	26,5±5,9	32,5±8,5*	25,4±3,9
Средняя продолжительность депрессивного эпизода (M $\pm\delta$ ), мес	9,7±4,1*	6±2,9	4,9±1,8
Число перенесенных эпизодов	1,3±0,6*	3,5±2,1	3,7±2,8

внутри постоянно», при этом речь их была ускорена, они сбивчиво излагали свои мысли, отмечая, что им тяжело сконцентрироваться («не могу сосредоточиться, не до этого», «голова кипит», «нельзя отвлечься от этого чувства, переключиться»). Меланхолические и апатические проявления были представлены значительно реже и выражались нестойкими жалобами на «тоскливость», «уныние», «вялость», «нежелание чем-либо заниматься», «безвольность». Эти жалобы носили преходящий характер, сочетались с идеаторной и моторной заторможенностью. Отмеченные незначительные тоскливые проявления преобладали в группах РДР и НД и были минимальны в группе БАР (39,4; 16,7 и 8,1% соответственно; р=0,003). Незначительно выраженная апатия отмечена лишь в группе БАР (16,2% случаев).

Пациентам всех групп в высокой степени было свойственно снижение интересов (73,3; 77,7; 70,3%). Они отмечали, что «забросили» свои увлечения, стали меньше участвовать в делах семьи, следить за успеваемостью детей, интересоваться обстановкой в рабочем коллективе. При этом в группах РДР и БАР явления ангедонии встречались более чем в половине случаев (54,5 и 54,1%). При расспросе пациенты указывали, что «исчезли прежние радости», что «не получают удовольствия» от прежде приятных занятий. В группе НД явления ангедонии отмечены у 26% пациентов, в остальных случаях в той или иной мере сохранялась способность увлечься любимым делом, испытать радость от общения с близкими. В такие моменты пациенты «отвлекались» от своего состояния, и это «помогало» им преодолевать депрессию.

При депрессии в рамках БАР примерно в трети случаев наблюдались явления анестезии, выражавшиеся в нечувствительности к значимым событиям, неспособности сопереживать, снижении (вплоть до утраты) эмоционального отношения к интеллектуальной деятельности, поведению других людей, сочетавшиеся с явлениями гипестезии в различных ощущениях.

Пациентам всех трех групп примерно в равной степени были свойственны снижение самооценки и идеи самообвинения. При расспросе они корили себя за то, что не справлялись, как прежде, с работой, не уделяли должного внимания своим близким, отмечали свою профессиональную несостоятельность, тяготились этим.

Трудности в концентрации внимания достоверно преобладали в группах РДР и БАР по сравнению с группой НД (75,8 и 70,3% против 40%; p=0,006). Трудности при засыпании достоверно чаще беспокоили пациентов из группы БАР и реже встречались в группах РДР и НД (89,2; 63,6 и 60% соответственно; p=0,012). При этом частые ночные пробуждения встречались более чем у половины пациентов каждой группы. Ранние утренние пробуждения отмечались лишь в группе РДР, а атипичные нарушения сна по типу гиперсомнии — в группе БАР.

Суицидальная активность, выражавшаяся лишь в мыслях соответствующего содержания и ни в одном из случаев не доходившая до намерений и попыток, у больных с БАР несколько превосходила аналогичный показатель у пациентов групп РДР и НД (18,9; 6,7 и 6,1% соответственно; p=0,152).

Большая доля пациентов во всех группах для облегчения своего состояния (уменьшения тревоги, чувства внутреннего напряжения) прибегала к употреблению алкоголя, однако достоверных различий в группах по этому показателю не выявлено.

В структуре депрессий наряду с классическими признаками в той или иной степени были представлены различные атипичные симптомы. Реактивность настроения клинически проявлялась в обратимости гипотимии и в тенденции к ее уменьшению в ответ на позитивные события и ситуации, реальные и предполагаемые, совершенно различные и индивидуальные по содержанию. Сами пациенты отмечали улучшение настроения при мыслях, например, о предстоящей встрече с любимыми и близкими («всегда становилось легче с детьми»); при планировании и описании своего отдыха; при рассказах о своих увлечениях («люблю музыку, она меня спасает»); при поддержке и поощрении со стороны врача («после разговора с вами немного воспрял»). Выраженность этого симптома была различна: от незначительного улучшения настроения, умеренного «отвлечения от болезни» до кратковременного «выздоровления, окрыленности, воодушевления». Этот признак был достоверно умеренно выражен в группах НД, РДР и БАР соответственно в 23,3; 23,3 и 19,2% случаев (р<0,001), максимально в группе РДР в сравнении с группой НД и отсутствовал в группе БАР (33,3; 13,3 и 0% соответственно; p=0,001).

Больные жаловались на выраженную усталость, сопровождающуюся ощущением тяжести в конечностях, движения с отягощением («свинцовый паралич», «словно после сильной нагрузки с непривычки», «руки и ноги налитые, тяжело двигаться»). Данный симптом был выражен в той или иной мере, усиливаясь спонтанно или при психоэмоциональном напряжении. Достоверных различий в распределении этого симптома и его тяжести между группами не выявлено.

Атипичное нарушение сна по типу гиперсомнии клинически проявлялось повышенной сонливостью в дневное время, увеличением общего времени сна, необходимостью большего времени для перехода к полному бодрствованию после пробуждения. Пациенты отмечали, что засыпали при

первой возможности, стремились «прилечь отдохнуть», «проваливались в спячку» в любое время дня, вставали с кровати, с трудом преодолевая себя, а залеживаясь, пытались «добрать сна». Этот признак был достоверно максимально выражен в группе больных БАР и отсутствовал в других группах (48,6; 0 и 0% соответственно; p<0,001).

Гиперфагия выражалась в повышении аппетита с изменением пищевого поведения по двум типам: постоянное частое употребление еды или же эпизодические приемы пищи в больших количествах. Больные указывали, что обычно этот вариант пищевого поведения характерен для них в ситуациях психоэмоционального напряжения, однако сохранялась возможность ограничивать это поведение. Среди изменений пищевых пристрастий пациенты отмечали повышенное желание употреблять либо высокоуглеводную пищу, либо непривычное продукты (икра, морепродукты, орехи), либо любые продукты без каких-либо предпочтений, что сочеталось со снижением вкусовой чувствительности («ем все подряд, не замечая разницы»). Этот симптом был незначительно выражен у больных с НД и РДР (13,3 и 18,2% соответственно) и максимально проявлялся у больных с БАР (27%); p<0,001.

Личностная сенситивность клинически выражалась в неприятии в межличностных отношениях, повышенной обидчивости, предвосхищении негативной оценки себя окружающими, обвинении окружающих, например близких или коллег, в равнодушии, некомпетентности по сравнению с самим пациентом, формировании ограничительного и избегающего поведения с желанием внимания, признания его индивидуальности. В целом личностная сенситивность представляла собой слияние относительно устойчивых патохарактерологических черт истерической направленности с проявлениями гипотимии. Этот признак было достоверно максимально выражен у больных с НД по сравнению с пациентами групп РДР и БАР (28,6; 9,1 и 5,4% соответственно; р<0,001).

Обсуждение. Паническая атака — феномен, встречающийся при различных депрессивных состояниях (НД, РДР, депрессия при БАР). С одной стороны, паническая атака, маскируя саму депрессию, делает более сложной ее диагностику и квалификацию, с другой — придает ей выраженную атипичность. Изучение таких депрессий принципиально важно не только для их достоверной диагностики, но и для выбора последующей стратегии долгосрочной терапии с учетом различного подхода к лечению НД, РДР и БАР.

Таким образом, изученные депрессии имели ряд клинико-психопатологических особенностей. НД с паническими атаками чаще встречались у женщин молодого возраста, характеризовались более ранним началом, существенно меньшим количеством депрессивных эпизодов, меньшей степенью тяжести, но большей продолжительностью, наличием наряду с тревожным компонентом незначительных кратковременных проявлений тоскливости, ангедонии при существенном снижении интересов, максимально выраженной личностной сенситивностью со склонностью к преувеличению и драматизации своего состояния и тенденцией к злоупотреблению алкоголем. Депрессии данной группы отличались полиморфизмом симптоматики при преобладающем влиянии на клиническую картину особенностей личности. Полученные нами данные в целом совпадают с мнением отечественных авторов о так

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕТОДИКИ

называемом невротическом развитии личности [19, 20]. Частая встречаемость истерических и тревожных черт личности отмечалась на всех этапах изучения атипичной депрессии и зарубежными авторами, что нашло отражение в таких терминах, как «тревожная истерия с вторичной депрессией», «истероидная дисфория» [17, 18].

РД с паническими атаками свойственны более поздний возраст начала, меньшая длительность депрессивного эпизода, наличие меланхолических, тоскливых проявлений, выраженное снижение интересов, ангедония, классические суточные колебания настроения, ранние утренние пробуждения. В целом депрессии этой группы проявлялись наиболее типичными симптомами, за исключением максимально выраженной реактивности настроения. Данная особенность этих депрессивных состояний отмечалась и в ранее проведенных исследованиях [8].

Для депрессий с паническими атаками в рамках БАР были характерны более молодой возраст начала, существен-

но меньшая длительность депрессивного эпизода, апатические проявления, снижение интересов наряду с ангедонией, выраженные трудности при засыпании, гиперсомния, значительное повышение аппетита, большая склонность к злоупотреблению алкоголем. Депрессии этой группы отличались максимальной атипичностью проявлений. Выделение нами таких ведущих признаков атипичности депрессии в рамках БАР, как гиперсомния и гиперфагия, соотносится с данными отечественных и зарубежных исследователей [2, 8, 25, 26]. При этом ценность «свинцового паралича», предлагаемого многими авторами [13, 14] в качестве критерия атипичности, в нашей работе не нашла подтверждения при определении типа депрессии.

Заключение. Выявленные клинические психопатологические особенности депрессий с паническими атаками позволяют оптимизировать их дифференциальную диагностику и лечение с учетом выбора стратегии долгосрочной терапии, а также уточнить критерии прогноза.

#### ЛИТЕРАТУРА

- 1. Редчиц ОА. Тревожно-фобические расстройства (клинико-динамический и реабилитационный аспекты). Автореф. дисс. канд. мед. наук. Томск; 2003. 25 с. [Redchits OA. Anxiety phobic disorders (clinical, dynamic, and rehabilitation aspects). Autoref. diss. cand. med. sci. Tomsk; 2003. 25 p.]
- 2. Тювина НА, Коробкова ИГ. Сравнительная характеристика клинических особенностей депрессии при биполярном аффективном расстройстве I и II типа. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016;8(1):22-8. [Tyuvina NA, Korobkova IG. Comparative clinical characteristics of depression in bipolar affective disorders types I and II. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2016;8(1):22-8. (In Russ.)]. doi:10.14412/2074-2711-2016-1-22-28
  3. Stein D, Hollander E. Textbook Of Anxiety Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Pub.: 2002.
- 4. Wittchen HU, Höfler M, Merikangas K. Toward the Identification of Core Psychopathological Processes?. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Oct;56(10): 929-31. doi:10.1001/archpsyc.56.10.929.
- 5. Liebowitz MR, Quitkin FM, Stewart JW, et al. Antidepressant Specificity in Atypical Depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1988 Feb;45(2):129-37. doi:10.1001/archpsyc.1988.01800260037004. 6. Klein DF. The treatment of atipical depression. *Eur Psychiat.* 1993;8(5):251-5.
- 7. Akiskal H, Benazzi F. Atypical depression: a variant of bipolar II or a bridge between unipolar and bipolar II or a faffortive Disorder.
- and bipolar II? Journal of Affective Disorders. *J Affect Disord*. 2005 Feb;84(2-3):209-17. doi:10.1016/j.jad.2004.05.004.
- 8. Аведисова АС, Марачев МП. Клиническая типология атипичной депрессии при биполярном и монополярном аффективном расстройстве. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012;(3):18-24. [Avedisova AS, Marachev MP. Clinical typology of

- atypical depression in bipolar and unipolar affective disorder. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova.* 2012;(3):18-24. (In Russ.)]. 9. Смулевич АБ, редактор. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. Москва: МИА; 2015. С. 205-6. [Smulevich AB, editor. *Depressii pri psikhicheskikh i somaticheskikh zabolevaniyakh* [Depression in mental and somatic diseases]. Moscow: MIA; 2015. P. 205-6.]
- 10. Морозов ГВ, Шумский НГ. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). Нижний Новгород: НГМА; 1998. 426 с. [Morozov GV, Shumskiy NG. Vvedenie v klinicheskuyu psikhiatriyu (propedevtika v psikhiatrii) [Introduction to clinical psychiatry (propaedeutics in psychiatry)]. Nizhnii Novgorod: NGMA; 1998. 426 р.]
- 11. West ED, Dally PJ. Effects of Iproniazid in Depressive Syndromes. *Br Med J.* 1959 Jun 13; 1(5136):1491-4. doi:10.1136/bmj.1.5136.1491. 12. Zisook S, Shuchter SR, Gallagher T. Atypical depression in an outpatient psychiatric population. *Depression*. 1993;1(5):268-74. doi:10.1002/depr. 3050010506.
- 13. Sargant W. Drugs in the Treatment of Depression. *Br Med J.* 1961 Jan 28;1(5221):225-7. doi:10.1136/bmj.1.5221.225.
- 14. Sargant W. Some Newer Drugs in the Treatment of Depression and Their Relation to Other Somatic Treatments. *Psychosomatics*. 1960;1(1):14-7. doi:10.1016/s0033-3182(60)73041-x. 15. Ravaris CL, Nies A, Robinson DS, et al. A Multiple-Dose, Controlled Study of Phenelzine in Depression-Anxiety States. *Arch Gen Psychiatry*. 1976 Mar;33(3):347-50. doi:10.1001/archpsyc.1976. 01770030057008.
- 16. Ravaris CL, Robinson DS, Ives JO, et al. Phenelzine and Amitriptyline in the Treatment of Depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1980 Sep;37(9): 1075-80. doi:10.1001/arcpsyc.1980.01780220113013. 17. Maser J. Comorbidity Of Mood And Anxiety Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Pr.: 1990.

- 18. Liebowitz MR, Klein DF. Hysteroid dysphoria. Am J Psychiatry. 1982 Nov;139(11):1520-1. 19. Лакосина НД. Клинические варианты невротического развития. Москва: Медицина; 1970. 120 с. [Lakosina ND. Klinicheskie varianty nevroticheskogo razvitiya [Clinical variants of neurotic development]. Moscow: Meditsina; 1970. 120 р.]
- 20. Лакосина НД, Трунова ММ. Неврозы, невротические развития личности. Клиника и лечение. Москва: Медицина; 1994. 190 с. [Lakosina ND, Trunova ММ. Nevrozy, nevroticheskie razvitiya lichnosti. Klinika i lechenie [Neurosis, neurotic development of personality. Clinic and treatment]. Moscow: Meditsina; 1994. 190 р.]
- 21. Paykel E, Parker R, Rowan P, et al. Nosology of atypical depression. *Psychol Med*. 1983 Feb;13(1):131-9. doi:10.1017/s0033291700050133. 22. Rowan PR, Paykel ES, Parker RR. Phenelzine and amitriptyline: effects on symptoms of neurotic depression. *Br J Psychiatry*. 1982 May;140:475-83. doi:10.1192/bjp.140.5.475.
- 23. Тювина НА, Коробкова ИГ. Терапия депрессии при биполярном аффективном расстройстве. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016;8(2):36-43. [Tyuvina NA, Korobkova IG. Therapy for depression in bipolar affective disorder. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2016;8(2):36-43. (In Russ.)]. DOI:10.14412/2074-2711-2016-2-36-43. 24. Тиганов АС, редактор. Психиатрия: руководство для врачей. Москва: Медицина; 2012. 896 c. [Tiganov AS, editor. Psikhiatriya: Rukovodstvo dlya vrachey [Psychiatry: a Guide for physicians]. Moscow: Meditsina; 2012. 896 p.] 25. Stewart JW, McGrath PJ, Rabkin JG, Quitkin FM. Atypical depression. A valid clinical entity? Psychiatr Clin North Am. 1993 Sep;16(3):479-95. 26. Parker G, Thase M. Atypical Depression: A Valid Subtype? J Clin Psychiatry. 2007 Mar; 68(3):e08. doi:10.4088/jcp.0307e08.

Поступила 15.05.2017

#### Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.