

На правах рукописи

Зяблов Владимир Андреевич

**АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА
С БИПОЛЯРНЫМ КОНТИНУАЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ
В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

*(клинико-психопатологическое, клинико-катамнестическое,
клинико-патогенетическое исследование)*

**14.01.06. – Психиатрия
(медицинские науки)**

**А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук**

Москва – 2020

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Каледа Василий Глебович

Официальные оппоненты:

Петрова Наталья Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Санкт-Петербургский государственный университет" Правительства Российской Федерации, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии

Алешкина Галина Андреевна, доктор медицинских наук, доцент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры психиатрии и наркологии

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России

Защита состоится октября 2020 г. в 11:00 на заседании Диссертационного совета Д 001.028.01 в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья» по адресу: 115522, Москва, Каширское шоссе, дом 34

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья» <http://www.ncpz.ru>

Автореферат разослан сентября 2020 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

кандидат медицинских наук

Никифорова Ирина Юрьевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальность исследования Важность изучения этого неблагоприятного варианта течения биполярных аффективных расстройств [Смулевич А.Б., 2015; Аведисова А.С., Гончаренко А.А., 2017; Барденштейн Л.М., Алёшкина Г.А. и др., 2018; El-Mallakh R.S., et al., 2015] в юношеском возрасте обусловлена высокой учебной и социальной дезадаптацией таких пациентов, риском развития аутоагрессивного поведения, включая суицидальные поступки [Каледа В.Г., 2015; Петрова Н.Н. и др., 2018; Bowie C.R., et al., 2010; Horwitz A.G., et al., 2015].

Несмотря на достижения последних лет в области изучения аффективных расстройств в целом и их клинических особенностей, обусловленных патопластическим влиянием юношеского возраста, остаются нерешенными ряд вопросов, касающихся диагностики и клиники континуального течения аффективных расстройств [Брюхин А.Е., Онегина Е.Ю., 2011; Копейко Г.И., 2011; Strakowski S., et al., 2012; Cardoso T. et al., 2015]. В современной литературе существуют указания на наличие аффективных расстройств с континуальным биполярным течением на доманифестном этапе приступообразных психозов [Сергеева О.Е. 2012; Андриенко Е.В. и др., 2014; Каледа В.Г., 2015], и переходе циклотимоподобных колебаний настроения в юношеском возрасте в биполярное аффективное расстройство [Tijssen M.J., et al., 2010]. Такая нозологическая неопределенность во многом обусловлена возрастной атипией симптоматики, трудностями её распознавания за «маской» девиантного поведения и злоупотреблений психоактивными веществами, что подчеркивает необходимость формирования особой диагностической и терапевтической тактики [Личко А.Е., 1985; Олейчик И.В., Артюх В.В., 1998; Тиганов А.С., 2013].

Также малоизученным остается вопрос патогенеза аффективных расстройств в юношеском возрасте с континуальным биполярным течением. В литературе есть описания структурно-функциональных изменений головного мозга по данным нейрофизиологических и нейропсихологических методов исследования, не дающих однозначных выводов о связи этих изменений с клинической картиной [Bersani F. S. et al., 2015; Strakowski S. et al., 2012; Bora E et al., 2010; Snyder H.R., 2013].

Таким образом, принципиально важные вопросы, касающиеся прогноза и психопатологических особенностей континуального течения биполярных аффективных расстройств, требуют изучения с учетом возрастного фактора.

Степень разработанности темы исследования К настоящему времени, исследования, посвященные изучению аффективных расстройств юношеского возраста с континуальным биполярным течением, в большей степени сосредоточены на таких его отдельных аспектах, как терапия, а также на выявление факторов, влияющих на его формирование [Gutiérrez-Rojasab L. et al., 2011; Tundo A. et al., 2011; Fountoulakis, K.N. et al., 2013; Samalina L. et al., 2013]. Существуют описания вариантов континуального течения аффективных расстройств, отражающие частоту и скорость смены аффективных состояний [Куценко Н.И., Майер С.А., 2011]. Во многом остаются открытыми вопросы психопатологической структуры аффективных состояний в рамках континуального течения, его прогностического значения, а также оценки риска аутоагрессивного поведения. Кроме этого, отсутствуют специальные исследования, посвященные изучению аффективных расстройств юношеского возраста с континуальным биполярным течением, учитывающие патогенетическое и патопластическое влияния возрастного фактора.

Целью исследования является выявление психопатологических особенностей и закономерностей динамики аффективных расстройств юношеского возраста с биполярным континуальным течением, разработка критериев нозологической принадлежности, а также обоснование терапевтической тактики.

На решение были поставлены следующие **задачи**:

- 1) Выявление особенностей психопатологических проявлений и динамики развития биполярного континуального течения юношеских аффективных расстройств с учетом патопластической роли возрастного фактора.
- 2) Построение клинической типологии юношеских аффективных расстройств с континуальным биполярным течением.
- 3) Установление закономерностей течения аффективных расстройств по минованию юношеского возраста, разработка дифференциально-диагностических и прогностических критериев.
- 4) Выявление особенностей аутоагрессивного поведения у больных с континуальным течением аффективных расстройств в юношеском возрасте и критериев оценки риска их развития.
- 5) Определение условий формирования и некоторых клинико-патогенетических характеристик континуального биполярного течения при юношеских аффективных расстройствах.
- 6) Разработка предпочтительных терапевтических подходов психофармакотерапии пациентов с континуальным биполярным течением аффективных расстройств в юношеском возрасте.

Научная новизна исследования В отличие от более ранних работ, сосредоточенных на изучении больных зрелого возраста [Coryell W. et al., 2003; Benedetti F. et al., 2014; Vuoli M. et al., 2017], впервые проведено клинико-психопатологическое исследование континуального течения биполярных аффективных расстройств у больных юношеского возраста. Описаны специфические для данного контингента больных психопатологические особенности аффективных состояний, выявлена их связь с возрастом начала заболевания и дальнейшей динамикой. Разработана оригинальная типология аффективных расстройств с континуальным биполярным течением в юношеском возрасте, включающая в себя 3 типа: ритмический, дизритмический и псевдоритмический. В отличие от более ранних исследований [Звягельский М.А., 1988; Мосолов С.Н., 2008; Papolos D., Faedda J. L., 1996; Bauer M. et al., 2008], разработанная типология основана на преобладающих в течении заболевания психопатологических феноменах, частоте и последовательности смены аффективных состояний. Проведенное катamnестическое исследование позволило выявить наиболее предпочтительные варианты динамики аффективных расстройств по минованию юношеского возраста для каждого из выделенных типов континуального течения, обладающих нозологическим аффинитетом. В отличие от работ последних лет, посвященных изучению диагностического значения различных вариантов континуальной динамики аффективных расстройств [Schneck C. D. et al., 2008; El-Mallakh R.S. et al., 2015; Vuoli M. et al., 2017], выявлена и описана нозологическая неоднородность контингента больных с биполярным континуальным течением аффективных расстройств в юношеском возрасте, включающая в себя расстройства аффективного, шизофренического, а также личностного спектров. Были разработаны и обоснованы основные принципы комплексной терапии и реабилитации больных с биполярным континуальным течением аффективных расстройств в юношеском возрасте.

Теоретическая и практическая значимость исследования

В проведенном исследовании впервые найдено решение актуальная для клинической психиатрии задача клинико-психопатологического анализа и дифференциации континуального биполярного течения аффективных расстройств в юношеском возрасте в целях разработки критериев нозологической принадлежности и прогноза на ранних этапах динамики заболевания. Полученные данные о закономерностях смены аффективных фаз указывают на возможность формирования континуального течения аффективных расстройств в юношеском возрасте по эндогенным

механизмам при различных заболеваниях. Выявленные различия частоты, длительности и психопатологических особенностей позволили разработать типологию, имеющую диагностическое значение и способствующую клиническому разграничению больных с биполярным континуальным течением аффективных расстройств в юношеском возрасте. Результаты катамнетического исследования показали возможность перехода континуального течения аффективных расстройств в другие варианты динамики и позволили уточнить критерии дифференциальной диагностики на основании предложенной типологии. Полученные результаты имеют теоретическую значимость и представляются перспективными для дальнейших разработок классификаций и выявления клинко-биологических соотношений в целях выяснения патогенеза. Предложенная типология, а также выявленные клинко-динамические особенности изученного контингента больных, позволяют разработать и внедрить персонифицированный подход их комплексной терапии. Результаты, полученные в настоящей работе, могут быть использованы при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, медицинских психологов. Методические принципы, на которых построено исследование, применимы для дальнейших научно-практических разработок по этой проблеме.

Методология и методы исследования В качестве теоретической и методической основы исследования выступали труды отечественных и зарубежных психиатров: как современные, так и классические работы, посвященные изучению континуального биполярного течения аффективных расстройств, а также патопластического влияния возрастного фактора на клинические проявления и течение психических расстройств в юношеском возрасте. В рамках проводимой работы осуществлялся набор больных юношеского возраста, проходивших стационарное лечение в клинике ФГБНУ НЦПЗ (директор – доктор медицинских наук, профессор Т.П. Ключник), у которых в процессе обследования было выявлено континуальное биполярное течение аффективных расстройств, длительностью не менее 3 лет. Общую когорту составили 111 пациентов (66 мужчины, 45 женщин) в возрасте от 16 до 45 лет, находящихся на госпитальном лечении или амбулаторном наблюдении с юношеского возраста в связи с аффективными расстройствами. Исследование выполнено в отделе юношеской психиатрии (руководитель – д.м.н. В.Г. Каледа) в период с 2015 по 2018 гг.

Критериями включения являлись: для клинической группы – юношеский возраст (16-25 лет) на момент обследования; континуальное

биполярное течение аффективных расстройств длительностью не менее 3 лет (не менее 4 фаз обоих полюсов) в юношеском возрасте; для катамнестической группы - длительность наблюдения не менее 10 лет.

К критериям невключения относилось сопутствующая соматическая, неврологическая или психическая патология, затрудняющая обследование; наличие в анамнезе у больных клинической группы психотических приступов, соответствующих критериям шизофрении (F20).

В соответствии с целями и задачами данного исследования применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, нейропсихологический, нейрофизиологический и статистический методы.

Исследование соответствовало положениям Хельсинской декларации по вопросам медицинской этики и проводилось с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. План исследования одобрен локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ (08.02.2016, протокол №261).

Положения, выносимые на защиту:

1. Аффективные расстройства с биполярным континуальным течением в юношеском возрасте обнаруживают психопатологическую неоднородность состояний противоположных полюсов, а также включают в себя различные варианты динамики, с возможностью трансформации в ремиттирующее течение по минованию юношеского возраста, отражающие различную нозологическую принадлежность.

2. Возраст начала заболевания определяет особенности клинических проявлений аффективных состояний, динамику аффективных расстройств в юношеском возрасте и по его минованию.

3. Континуальное биполярное течение аффективных расстройств в юношеском возрасте сопровождается высокой частотой аутоагрессивного поведения, включая несуицидальные самоповреждения и суицидальные поступки.

4. Терапевтические и реабилитационные мероприятия должны иметь комплексный характер, проводиться как с учетом психопатологической структуры текущих состояний, их тяжести, так и с учетом типа аффективных расстройств с континуальным биполярным течением.

Степень достоверности и апробация результатов исследования
Репрезентативность материала, комплексная методика обследования, включающая сочетание клинико-психопатологического, клинико-катамнестического, психометрического, нейрофизиологического, нейропсихологического методов, обеспечивают достоверность научных

положений и выводов. Результаты подтверждены статистическим анализом. Комплексный подход, включающий достоверные, апробированные и признанные методики исследования, обеспечил возможность решения поставленных задач и определил обоснованность результатов диссертационной работы и следующих из них выводов.

Основные положения диссертации доложены на следующих конференциях: Всероссийская школа молодых психиатров (19-24 апреля, Суздаль, 2017); Современные тенденции развития психиатрической помощи: от региональных моделей к общей концепции (14-15 сентября, Екатеринбург, 2017); Научная конференция молодых ученых, посвященная памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского (31 мая, Москва, 2017); 4 Костромская Всероссийская школа молодых ученых и специалистов в области психического здоровья (16-20 апреля, Кострома, 2018).

Апробация диссертации состоялась 31 октября 2019 года на межотделенческой конференции ФГБНУ НЦПЗ.

Внедрение результатов исследования Результаты исследования нашли применение в практической работе Психиатрической клинической больницы №1 им. Н.А.Алексеева, в отделе клиники терапии эндогенных расстройств лиц молодого возраста (Клиника первого психотического эпизода), филиале «Психоневрологический диспансер №10» и филиале «Психоневрологический диспансер №18».

Публикации результатов исследования Основные результаты изложены в 7 научных публикациях, 3 статьи опубликованы в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для публикации диссертационных материалов, из них 1 статья в журнале индексируемом в Scopus.

Объем и структура диссертации Научно-квалификационная работа изложена на 255 страницах машинописного текста (основной текст 206 страниц, приложения 49 страниц) и состоит из введения, 7 глав, заключения, выводов, списка литературы и приложений. Библиографический указатель содержит 378 наименований (из них отечественных – 130, иностранных – 248). Приведено 28 таблиц, 16 рисунков и 3 клинических наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сопоставление частоты и последовательности смены аффективных состояний, а также наиболее часто встречающихся и преобладающих в течение заболевания психопатологических феноменов, позволило на материале клинической группы разработать типологию континуального течения биполярных аффективных расстройств в юношеском возрасте. Были выделены 3 типа: I – *ритмический* (35 больных, 31,5 %), II – *дизритмический* (48 больных, 43,2%) и III – *псевдоритмический* (28 больных, 25,2%).



Рисунок 1. Типология биполярного континуального течения аффективных расстройств в юношеском возрасте

Для *ритмического* типа (клиническая группа – 19 больных; катamnестическая – 16) континуального течения биполярных аффективных расстройств в юношеском возрасте было характерно равномерное чередование полярных аффективных состояний. Начало заболевания и, вместе с тем, континуального течения аффективных расстройств, совпадало с началом юношеского возраста (16-17 лет) (рисунок 2).

Течение заболевания характеризовалось отчетливой сезонностью с преобладанием депрессивных расстройств в осенне-зимний период и, соответственно, гипоманиакальных и маниакальных – весной и летом. Как для депрессивных, так и для маниакальных состояний была характерна гармоничная аффективная триада. Клиническая картина депрессивных состояний оставалась неизменной на протяжении всего заболевания и была представлена преимущественно меланхолической и психастеноподобной симптоматикой в виде усиления ранее свойственной нерешительности, навязчивых сомнений и идей собственной несостоятельности, а также когнитивными нарушениями в виде юношеской астенической несостоятельности по типу «торможения» [Северный А.А., 1985; Олейчик И.В., 1998] и трудностей социальных взаимодействий, которые нередко сопровождалась тревогой и отказом от учебы. В свою очередь сверхценные построения проявлялись в отношении

к заболеванию в виде фиксации на собственной «измененности» по сравнению с предыдущим гипоманиакальным состоянием. В большинстве случаев интенсивность маниакального аффекта ограничивалась гипоманиями, которые носили преимущественно продуктивный характер, что не исключало элементы гебоидного варианта маниакальных состояний [Гибадулин Е.Ш., 1993]. Трансформация аффекта происходила постепенно, через смешанные состояния с преобладанием дисфорических расстройств, длительность которых не превышала несколько недель.

По миновании юношеского возраста течение аффективных расстройств при этом типе приобретало отчетливую тенденцию к формированию интермиссий, при сохранении отчетливой сезонности. Тяжесть аффективных состояний уменьшалась до циклотимного уровня. Психопатологическая структура аффективных состояний не претерпевала существенных изменений.

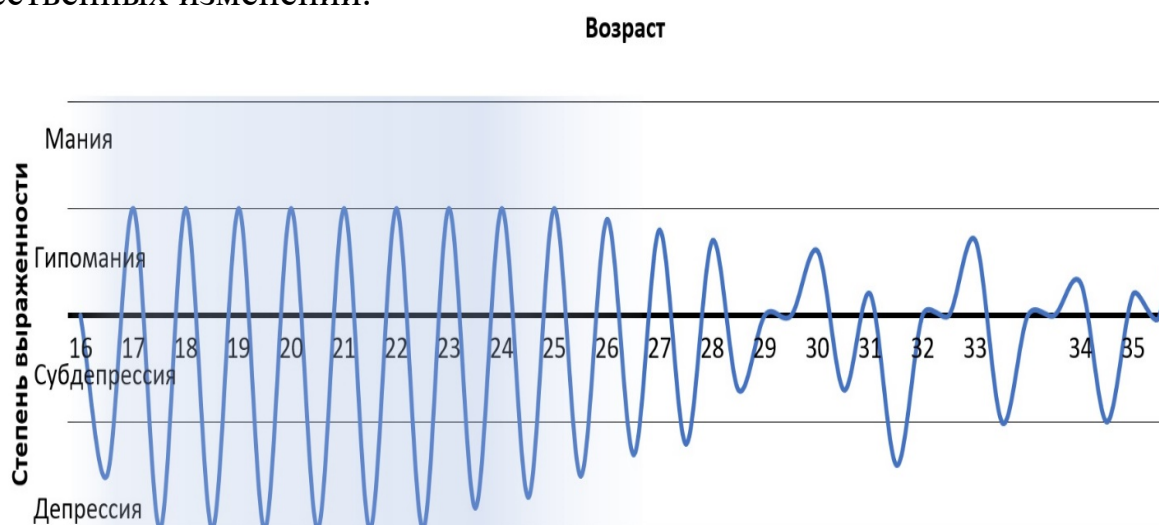


Рисунок 2. Закономерности течения аффективных расстройств при ритмическом типе

В абсолютном большинстве случаев такие больные выпадали из поля зрения психиатров и, соответственно, не принимали регулярной поддерживающей терапии, что подчеркивает ослабление у них болезни по мере ее течения. Единичные обращения к психиатрам были связаны с повторными депрессивными состояниями, которые во всех случаях, ограничивались амбулаторными консультациями и непродолжительным приемом антидепрессантов. При этом условия формирования депрессивных состояний, степень выраженности которых требовала специализированной помощи, не обнаруживали каких-либо закономерностей, указывая таким образом на их эндогенную природу. Среднее количество госпитализаций для больных этого типа составляли – 1.9 (± 1.2).

Таким образом, в соответствии с критериями МКБ-10, больные этого типа во всех случаях сохраняли диагноз «биполярное аффективное расстройство» (F31 по МКБ-10).

При **дизритмическом** типе (клиническая группа – 27 больных; катамнестическая – 21) ритм смены аффективных состояний был неправильным, каждый из эпизодов мог отличаться от предыдущего как по тяжести, так и по продолжительности. Для этого типа было характерно начало в раннем подростковом возрасте (12-13 лет) (рисунок 3) с затяжного субдепрессивного состояния по типу дистимии [Барденштейн Л.М., 2014], длительностью до 3 лет, сменяющегося гипоманиакальными состояниями, длительностью от 1 месяца до 1 года (15-16 лет).

В структуре аффективных состояний наиболее часто встречались психопатоподобные расстройства и сверхценные построения, характерные для юношеского возраста: экзистенциальные и дисморфофобические переживания, которые в большинстве случаев были представлены в виде разнообразных сочетаний. В дальнейшем смена аффективных фаз утрачивала какую-либо закономерность, сохраняя тенденцию к безремиссионному течению.

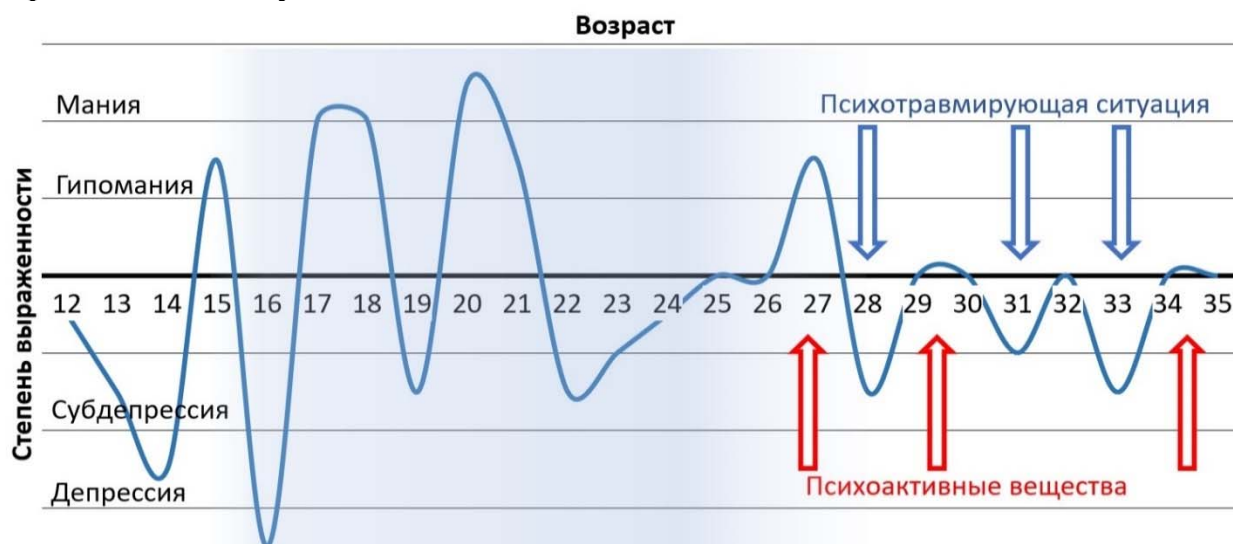


Рисунок 3. Закономерности течения аффективных расстройств при дизритмическом типе

Для депрессивных состояний при этом типе была характерна дисгармоничная аффективная триада с акцентом на тимический и идеаторный компоненты. Здесь с высокой частотой встречались сензитивные идеи отношения, на более поздних этапах течения заболевания (15-16 лет) элементы симптомокомплекса юношеской астенической несостоятельности. При инверсии аффекта в клинической картине маниакальных состояний преобладал идеаторный компонент аффективной триады, были характерны сокращение потребности в отдыхе и повышенная продуктивность. При этом сохранялись склонность к формированию экзистенциальных сверхценных построений и несвойственная ранее социальная активность. В большинстве случаев инверсия аффекта происходила в течение нескольких недель и сопровождалась более детальной разработкой и достаточно часто реализацией антивитаальных замыслов, что происходило в тех случаях, когда они были в структуре предшествующего состояния.

При этом типе течение аффективных расстройств по минованию юношеского возраста во всех случаях утрачивало континуальный характер. На первый план в картине заболевания выступали личностные реакции больных, которые отмечались и в юношеском возрасте, но в этот период выступали уже в менее тесном сплетении с аффективными состояниями и более очевидной связью с психогенными факторами. В личности больных этого типа доминировали такие черты как импульсивность, несдержанность в проявлениях эмоций, повышенная впечатлительность и аффективная лабильность, что и определяло кривую их жизненного пути.

На момент катamnестического исследования у больных этого типа обнаруживались элементы юношеских симптомокомплексов, которые были свойственны им еще на этапе континуального течения аффективных расстройств. При этом дисморфофобические и экзистенциальные переживания по минованию юношеского возраста утрачивали сверхценный характер и выражались только в повышенном внимании к собственной внешности, склонности к формированию абстрактных построений. Во время очередных депрессивных эпизодов подобные переживания усиливались, уступая ведущую роль содержанию психотравмирующего фактора. В свою очередь психопатоподобные расстройства проявлялись преимущественно на фоне употребления психоактивных веществ и выражались в гетероагрессивном поведении. Таким образом, формирование аффективных состояний было напрямую связано с личностными особенностями этих больных и наиболее часто происходило по смешанному – эндореактивному механизму. Для аффективных фаз, как и в юношеском возрасте, была характерна дисгармоничная триада. Эпизоды приподнятого настроения приобретали транзиторный характер, были обусловлены внешними обстоятельствами или употреблением психоактивных веществ, а их интенсивность ограничивалась гипоманиями, которые нередко сменялись депрессивными состояниями.

За период катamnестического наблюдения основными поводами для обращения за психиатрической помощью были депрессивные состояния с ауто- или гетероагрессивным поведением. Среднее количество госпитализаций для больных этого типа составляло – 2.25 (± 2.3), при этом большинство госпитализаций происходило в юношеском возрасте. Ни один из больных описываемого типа не принимал постоянной поддерживающей терапии после госпитализаций, часть из них (40% случаев) эпизодически обращалась к психиатрам за помощью в связи с повторными депрессивными эпизодами.

Вне зависимости от полюса аффекта жизненный путь этих больных определяла степень выраженности конституционально-личностных аномалий, что позволяло расценивать их как расстройство личности из круга эмоционально-неустойчивых (F60.3). Тем не менее, динамика аффективных расстройств этой группы в юношеском возрасте указывала на наличие «биполярного опыта» [Lobban F. et al., 2012] эндогенной

природы. Таким образом, при постановке диагноза на момент катamnестического наблюдения, больные дизритмического типа, в соответствии с МКБ-10, в большинстве случаев (55% случаев) имели признаки двух диагнозов – биполярного аффективного расстройств и пограничного расстройства личности (F60.31); в меньшем количестве случаев (45% случаев) – биполярное аффективное расстройство (25% случаев) или пограничное расстройство личности (20% случаев).

При *псевдоритмическом* типе (клиническая группа – 13 больных; катamnестическая – 15) на каждом из этапов течения заболевания удавалось выявить различные ритмы чередования аффективных состояний. Таким образом, смена паттернов течения аффективных расстройств позволяла оценивать общий их ритм на этапе юношеского возраста как «ложный».

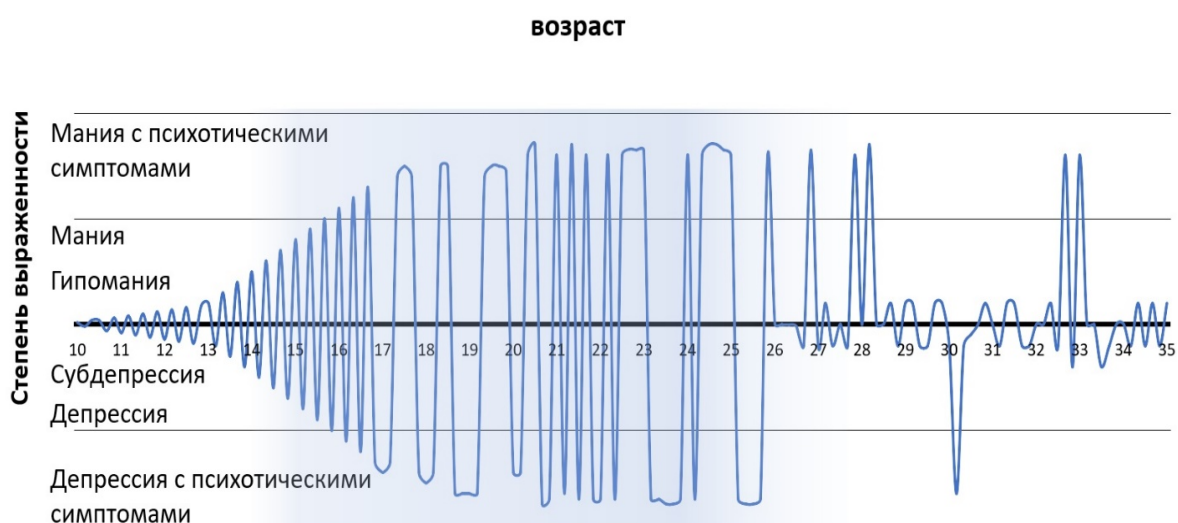


Рисунок 4. Закономерности течения аффективных расстройств при псевдоритмическом типе

Для этого типа начало заболевания было характерно в раннем подростковом возрасте (10-11 лет) с серии аффективных состояний по типу «ультрабыстрых» и быстрых циклов (рисунок 4) [Dunner D.L. et al., 1977; Tillman R., Geller B., 2003].

Аффективная триада во всех случаях была представлена гармоническим вариантом. На раннем этапе течения заболевания больные переносили эпизоды с аттенуированной психотической симптоматикой [Каледа В.Г. и др., 2017; Румянцев А.О. и др., 2018], такой, как идеи отношения, иллюзорные расстройства, тесно сплетенные с элементами деперсонализации, а также персекуторные и бредоподобные идеи. Длительность подобных состояний ограничивалась несколькими часами. Дальнейшее течение заболевания характеризовалось постепенным нарастанием амплитуды, длительности аффективных состояний обоих полюсов, а также усложнением их психопатологической картины за счет присоединения как конгруэнтных, так и неконгруэнтных аффекту бредовых расстройств.

Депрессивные состояния были представлены преимущественно апато-адинамическими расстройствами, которые сопровождались транзиторными идеями персекуторного характера, бредом воображения, и впоследствии развернутым психотическим приступом. Маниакальные состояния, в свою очередь, носили дурашливый характер, сопровождались растормаживанием влечений. Острый чувственный бред возникал на высоте аффекта и развивался по типу «патологического осознания собственной значимости» [Ануфриев А.К., 1992]. Содержание бредовой фабулы таких состояний, как правило, обнаруживало связь с актуальными интересами больных и их окружения. Инверсия полюса аффекта, как правило, происходила в течение суток и полностью исключала картину смешанных состояний.

По миновании юношеского возраста, в большинстве случаев, пациенты этого типа постоянно принимали поддерживающую терапию и наблюдались у психиатров. Отмечавшаяся у этих больных тенденция к утяжелению психопатологической структуры состояний ограничивалась юношеским возрастом.

Во всех случаях аффективные состояния становились однообразными, отличались достаточной монотонностью и уплощением аффекта. По-видимому, регулярный прием психофармакотерапии, способствовал обрыву континуального течения аффективных расстройств. Маниакальные или депрессивные эпизоды отличались краткостью, иногда один следовал за другим, формируя сдвоенные или строенные фазы. Постепенно, по мере течения заболевания, количество госпитализаций уменьшалось до одного раза в 1-2 года. В связи со снижением работоспособности некоторые больные оформляли инвалидность (20% случаев). Аффективная триада сохраняла гармоничный характер только в рамках депрессивных состояний, в маниакальных – акцент смещался в сторону тимического и идеаторного компонентов. Психотическая симптоматика в виде бредовых расстройств, явлений инсценировки, формировалась лишь на высоте состояний, имела парциальный характер.

Все больные этого типа постоянно наблюдались у психиатров и принимали поддерживающую терапию. Количество госпитализаций уменьшалось по мере течения заболевания, при этом среднее количество госпитализаций составляло – $6.1(\pm 2.9)$, что было достоверно ($p < 0,05$) выше, чем при первом и втором типе течения заболевания.

По мере течения заболевания, при псевдоритмическом типе отмечалась тенденция к уменьшению аффективного компонента и выведению на первый план негативной симптоматики в виде астено-апатических расстройств, некоторого уплощения личностных особенностей. Приведенные результаты позволяют сделать вывод о том, что у больных в этого типа речь шла об эндогенном заболевании, сочетавшем в себе признаки расстройств аффективного и шизофренического спектра, на ранних этапах которого преобладали аффективные расстройства с континуальной динамикой полярных состояний. Таким образом, с учетом особенностей течения и

преобладания аффективных или психотических приступов, больные этого типа в большинстве случаев соответствовали критериям диагноза «шизоаффективное расстройство» (60% случаев) и существенно реже, но в равном соотношении, «биполярному аффективному расстройству» (20% случаев) и «параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения и нарастающими изменениями личности» (20%) по МКБ-10.

Полученные нами клинические данные лишь отчасти соответствуют данным литературы, посвященной изучению связи расстройств биполярного спектра с расстройствами личности [Keller M. 1986; Turvey S. et al., 1999; Perugi G. et al., 2011] в контексте подростково-юношеского возраста. Так, по данным литературы, частота встречаемости случаев коморбидности пограничного расстройства личности и биполярного расстройства колеблется от 4,0% до 40% [Üçok A. et al., 1998], что соответствует полученным результатам (23% случаев). Понимание характера нозологической неоднородности этого контингента больных и особенности синдромальной динамики их состояний способствует уточнению терапевтических подходов и стратегий в клинике аффективных расстройств юношеского возраста [Altamura A. et al., 2009; Benedetti F. et al., 2013].

В общей группе обследованных больных наследственная отягощенность по психическим заболеваниям среди родственников первой степени родства была выявлена почти у половины больных (48,7% случаев) и наиболее часто была представлена расстройствами аффективного спектра (18,9% случаев). Среди родственников больных ритмического типа 1-ой степени родства наиболее часто встречались случаи аффективной патологии (28,6%); дизритмического типа – расстройства личности (14,8%) и аффективная патология (16,7%); псевдоритмического типа – случаи расстройств шизофренического (10,7%) и аффективного (14,2%) спектра, а также алкоголизм (10,7%).

Другим важнейшим аспектом, требующим оценки для определения рисков неблагоприятных исходов, является *аутоагрессивное поведение* у этого контингента больных. Проведенное исследование показало высокую частоту встречаемости случаев самоповреждающего поведения среди больных с континуальным течением аффективных расстройств в юношеском возрасте – 55,1% (66,1% (39 больных) для клинической группы; 41,7% (20 больных) – для катamnестической). Для каждого из выделенных типов были обнаружены свои характерные особенности как суицидального, так и несуицидального аутоагрессивного поведения. При этом показатель частоты суицидального поведения превышает данные о суицидальных попытках в общей когорте больных эндогенными депрессиями юношеского возраста (45% в нашей выборке против 38,5 %) [Копейко Г.И., Олейчик И.В., 2013].

Так при **ритмическом** типе континуального течения больные чаще совершали суицидальные попытки (40% случаев). Возраст первых аутоагрессивных действий относился к 18-20 годам, что соответствовало,

с учетом особенностей течения заболевания при этом типе, 6-му или 7-му по счету аффективному состоянию. В период совершения таких поступков состояние всех пациентов определялось депрессивным полюсом аффекта. Оценка психопатологической картины этих состояний свидетельствовала об особой остроте аффекта тревоги, тоски, отчаяния, а также о высокой частоте обсессивного характера депрессивных размышлений. Последнее было отчасти объяснимо утрированной, но характерной для личностного склада таких больных реакцией. Самоубийство рассматривалось ими как избавление от страданий, рациональный и единственный гарантированный выход. Во всех случаях суицидальные попытки носили истинный характер.

Возникновение несуйцидальных аутоагрессивных действий происходило по схожему механизму: они, как правило, возникали на фоне тягостных неразрешимых размышлений под влиянием внешней провокации. Во всех случаях такое поведение имело под собой стремление снять внутреннее напряжение, отвлечься от неотвязных переживаний.

В большинстве случаев период формирования аутоагрессивного поведения ограничивался юношеским возрастом. Тем не менее, 3 больных катанестической группы совершили завершённые суицидальные попытки во время повторных депрессивных состояний (средний возраст $27,6 \pm 4$ лет). Во всех случаях полученные сведения указывали на сочетание депрессивного состояния и психотравмирующей ситуации непосредственно перед суицидальными попытками. К моменту первой госпитализации у каждого из них было выявлено аутоагрессивное поведение.

При **дизритмическом** типе аутоагрессивное поведение в равной степени было представлено как суицидальными попытками (27% случаев) и несуйцидальными самоповреждениями (20,8%% случаев), так и их сочетанием (22,9%). Возраст первых аутоагрессивных действий в большинстве случаев относился к 16-17-ти годам, что соответствовало 3-4-ой по счету аффективной фазе – как правило депрессивной. В отличие от ритмического типа, момент совершения таких поступков реже соответствовал пику аффективной фазы, мог возникать также на фоне смешанного состояния, например при ускорении моторного и идеаторного компонента триады и дисфорическим фоном настроения. Антивитальные мысли у таких больных часто переплетались со сверхценными экзистенциальными переживаниями, становясь частью устойчивого пессимистического мировоззрения. Суицидальные действия в большинстве случаев носили демонстративно-шантажный характер.

Несуйцидальные самоповреждения наиболее часто встречались при состояниях с преобладанием в клинической картине психопатоподобных или деперсонализационных расстройств. Такого рода действия обычно реализовывались импульсивно, были спровоцированы внешними факторами и сопровождалась ощущением нарастающего беспокойства.

Основной их целью становилось желание побороть напряжение, облегчить свое состояние.

У больных дизритмического типа катамнестической группы аутоагрессивное поведение сохранялось и после завершения юношеского возраста. При этом аутоагрессивные действия отмечались только у пациентов, которые совершали как суицидальные попытки, так и несуицидальные самоповреждения в юношеском возрасте. Аутоагрессивное поведение было представлено только суицидальными попытками, которые совершались в контексте психотравмирующей ситуации. В одном случае была совершена завершенная суицидальная попытка. В двух случаях последствия суицидальных попыток приводили к стойкому снижению трудоспособности и необходимости оформлении инвалидности.

Аутоагрессивное поведение у больных **псевдоритмического** типа отмечалось относительно часто (42,8% случаев) и было представлено преимущественно сочетанием самоповреждений и суицидальных действий (32,4% случаев). Первые аутоагрессивные действия, как правило, совершались после 5 лет непрерывного течения заболевания. Все суицидальные попытки у больных этого типа носили истинный характер и совершались на высоте аффекта, импульсивно, с целью избавления от тягостных переживаний в рамках бредовой разработки идей собственной несостоятельности. Обращал на себя внимание brutalный характер нанесенных повреждений, часто требовавший обращения за медицинской помощью. В свою очередь, эпизоды несуицидальных самоповреждений исчислялись единицами. Эпизоды аутоагрессивного поведения у больных этого типа ограничивались юношеским возрастом.

Полученные в результате исследования данные об условиях формирования, закономерностях течения заболевания и уровне функционирования, а также о наиболее типичных социальных траекториях по мере развития и окончания юношеского периода, позволили осуществить интегративную оценку исходов на момент 10-ти летнего катамнеза. Было выделено 4 варианта исхода заболевания: «благоприятный» (17 больных, 32,7%) – отсутствие психопатологической симптоматики на протяжении как минимум двух лет, предшествующих катамнестической оценке, с высоким уровнем качества жизни по всем сферам и полной социально-трудовой адаптацией (90-71 балл по шкале PSP); «относительно благоприятный» (23 больных, 44,2%) – сохранение психопатологической симптоматики, прежде всего аффективных расстройств, на субклиническом уровне, сохранение или некоторое снижение уровня учебно-трудовой адаптации с восстановлением прежних социальных контактов и довольно высоким качеством жизни как минимум по 3 ее сферам (70-51 балл по шкале PSP); «относительно неблагоприятный» исход (8 больных, 15,4%) – сохранение психопатологической симптоматики (аффективной, неврозоподобной, психопатоподобной, «субпсихотической») с отчетливым снижением как учебно-трудовой, так и социальной адаптации, и ухудшением качества

жизни с ограничением сфер интересов (50-31 балл по шкале PSP); и «неблагоприятный» исход (4 больных, 7,6%) – персистирующая клинически значимая психопатологическая симптоматика в сочетании со стойкой негативной симптоматикой, социально-трудовой дезадаптацией, а также наличие в анамнезе серьезной суицидальной попытки с вероятных смертельным исходом (30-1 баллов по шкале PSP).

Выделенные в проведенном исследовании типы биполярного континуального течения аффективных расстройств в юношеском возрасте имели статистически достоверные отличия ($p < 0,05$) по исходу на момент катamnестического обследования. Наиболее часто «благоприятный» вариант исхода заболевания был определен у больных ритмического типа (56,3% случаев). Случаи «относительно благоприятного» исхода преобладали при дизритмическом (57,1%) и псевдоритмическом (46,7% случаев) типах. «Относительно неблагоприятный» исход наиболее часто был отмечен у больных псевдоритмического типа (40% случаев). Случаи неблагоприятного исхода наиболее часто были выявлены при ритмическом типе (18,7% случаев), существенно реже такой вариант исхода был выявлен при дизритмическом типе (4,7% случаев). При псевдоритмическом типе континуального течения заболевания случаев неблагоприятного исхода не было выявлено. Необходимо отметить, что начавшееся в юношеском возрасте континуальное течение аффективных расстройств оказалось в целом более благоприятным по минованию юношеского возраста, чем при более позднем его развитии [Coryell W. et al., 2003; Schneck C., 2004], что отражалось в отчетливой тенденции к трансформации в ремитирующий вариант динамики.

По результатам проведенного *нейрофизиологического исследования*¹, было выявлено, что группа пациентов с континуальным течением аффективных расстройств, по сравнению с психически здоровой группой контроля, характеризовалась устойчивой статистически значимо большей спектральной мощностью тета-диапазона в лобных отделах и меньшей – альфа-ритма в затылочных отделах, а по сравнению с группой больных ремитирующим вариантом течения аффективных расстройств – большей спектральной мощностью альфа-ритма в теменных областях.

Данные *нейропсихологического исследования*² показали, что пациенты с континуальным течением аффективных расстройств в юношеском возрасте в большей степени, по сравнению с психически здоровой группой контроля, склонны к искажению когнитивной деятельности в условиях эмоциогенной информации. Вероятно, этому способствуют относительное снижение функциональной активности префронтальных отделов (преимущественно медиобазальных), в сочетании с изменённой

¹ Исследование проводилось совместно с лабораторией нейровизуализации и мультимодального анализа ФГБНУ НЦПЗ (руководитель – д.б.н., проф. И.С. Лебедева)

² Исследование проводилось совместно с старшим научным сотрудником отдела юношеской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ к.п.н. И.В.Плужниковым

работой диэнцефальных структур головного мозга, а также нарушение связей между лобными отделами и структурами лимбической системы у пациентов с депрессией. Полученные результаты указывают на существенные, но неспецифические нарушения нейрокогнитивного функционирования больных в состоянии депрессии в рамках континуального течения аффективных расстройств в юношеском возрасте по сравнению с группой контроля. Также стоит отметить, что сравнение нарушений нейрокогнитивного функционирования различных типов континуального течения не показало существенных различий.

Анализ опыта лечения пациентов юношеского возраста с континуальным течением аффективных расстройств на основании клинических рекомендаций позволил сформулировать основные подходы к терапии изученного контингента больных. На этапе купирующей терапии предпочтительным является стационарное лечение, что обусловлено высокой суицидальной опасностью этой категории больных, их низкой комплаентностью и отсутствия полноценной критики к своему состоянию. Ведущая роль на этом этапе отводится психофармакологическому воздействию на нейробиологическую основу аффективных состояний. При подборе терапии следует учитывать риск инверсии аффекта и делать акцент на препараты, обладающие тимоизолептическим действием. Длительность купирующей терапии определяется исключительно клинической динамикой состояния пациента. Лишь по мере редукции депрессивной или маниакальной симптоматики становится возможным проведение психотерапевтических мероприятий, требующих полноценного функционирования у больных рефлексивной функции. В условиях специализированного психиатрического стационара, с учетом особенностей юношеского возраста, в рамках комплексной терапии больных с континуальным течением аффективных расстройств, одной из наиболее эффективных форм психотерапевтической интервенции является поведенческая терапия, основанная на обучении навыкам осознанности и детекции смены фаз.

В целом, представленные результаты показывают, что контингент больных с континуальным течением эндогенных аффективных расстройств в юношеском возрасте является неоднородным в диагностическом плане и затрагивает определенный сегмент психических расстройств, к которым относятся расстройства аффективного и шизофренического спектра, а также расстройства личности. При этом предложенное разделение на типы, основанное на ритме и психопатологических особенностях течения заболевания, является тем диагностическим инструментом, который позволяет дифференцировать аффективную и коморбидную ей патологию от процессуальной на относительно раннем этапе заболевания, что способствует формированию адекватной тактики ведения больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования, основанные на изучении репрезентативной группы больных, позволяют сформулировать следующие выводы:

1. Контингент больных с биполярным континуальным течением аффективных расстройств обнаруживает психопатологическую неоднородность состояний противоположных полюсов, а также динамические различия, которые включают в себя сезонные аффективные расстройства, вариант течения по типу быстрых и ультрабыстрых циклов, не исключающих возможность формирования затяжных депрессивных состояний по типу дистимии на отдельных этапах течения заболевания.

2. Континуальное биполярное течение аффективных расстройств в юношеском возрасте представлено несколькими разновидностями динамики, различающимися по клиническим проявлениям, частоте и длительности состояний. С учетом обнаруженных различий выделены три типа: ритмический, дизритмический и псевдоритмические типы.

2.1. Ритмический тип характеризуется равномерным чередованием полярных аффективных состояний с отчетливой сезонностью: преобладанием депрессий в осенне-зимний период и гипоманий весенне-летний. В клинике депрессивных состояний преобладают психастеноподобные проявления; маниакальные состояния характеризуются повышенной продуктивностью. Начало заболевания при этом типе течения совпадает с началом юношеского возраста.

2.2. Дизритмический тип характеризуется неравномерным ритмом чередования аффективных состояний, каждое из которых может отличаться от предыдущего как по тяжести, так и по продолжительности. В клинической картине преобладают психопатоподобные расстройства, сверхценные построения дисморфофобического и экзистенциального характера. Характерно начало в раннем подростковом возрасте со сдвоенных аффективных состояний, состоящих из затяжного субдепрессивного состояния по типу дистимии длительностью до 3 лет, сменяющегося гипоманиакальными состояниями длительностью от 1 месяца до 1 года.

2.3. Псевдоритмический тип характеризуется сочетанием различных ритмов чередования аффективных расстройств с постепенным нарастанием их амплитуды и вовлечением на более поздних этапах симптомов психотического регистра. Начало заболевания при этом типе относится преимущественно к раннему подростковому возрасту с серии аффективных состояний по типу быстрых и ультрабыстрых циклов.

3. По минованию юношеского возраста отмечается общая тенденция к обрыву континуального биполярного течения аффективных расстройств, при этом для каждого из выделенных типов характерны свои

отличительные особенности, что позволило выявить дифференциально-диагностические критерии.

3.1. При ритмическом типе течение аффективных расстройств обнаруживается тенденция к уменьшению выраженности аффективных состояний до циклотимоподобного уровня, при сохранении отчетливой сезонности и психопатологической структуры рецидивов заболевания. По МКБ-10 больные этого типа соответствуют диагнозу «Биполярное аффективное расстройство».

3.2. При дизритмическом типе на первый план в клинической картине заболевания выходили личностные особенности с преобладанием черт эмоциональной неустойчивости, акцент смещался в сторону реактивного компонента механизма формирования аффективных расстройств, сохраняя черты эндогенного заболевания. В соответствии с МКБ-10 в большинстве случаев больные этого типа имеют признаки биполярного аффективного расстройства и пограничного расстройства личности.

3.3. При псевдоритмическом типе в течение заболевания отмечается отчетливая тенденция к нарастанию негативных расстройств и редукции аффективного компонента. В большинстве случаев больные этого типа по МКБ-10 соответствуют критериям диагноза «Шизоаффективное расстройство».

4. Континуальное течение аффективных расстройств в юношеском возрасте сопровождается высоким риском аутоагрессивного поведения в виде суицидальных и несуйцидальных действий, который снижается по его минованию.

4.1. При ритмическом типе аутоагрессивное поведение формируется только в рамках повторных депрессивных состояний. Суицидальные попытки носят преимущественно истинный характер. Суицидальным и несуйцидальным действиям предшествуют случайные внешние провокации. В большинстве случаев формирование аутоагрессивного поведения ограничивается юношеским возрастом.

4.2. При дизритмическом типе аутоагрессивное поведение формируется на высоте депрессивных или смешанных состояний и носит преимущественно демонстративно-шантажный характер. По миновании юношеского возраста аутоагрессивное поведение сохраняется только в виде суицидальных попыток в контексте психотравмирующей ситуации.

4.3. При псевдоритмическом типе аутоагрессивное поведение представлено преимущественно суицидальными попытками, которые совершаются на высоте аффекта, в рамках бредовой разработки идей собственной несостоятельности и носят истинный характер. Эпизоды несуйцидальных самоповреждений отмечаются крайне редко. Аутоагрессивное поведение больных этого типа ограничивается юношеским возрастом.

5. Аффективные расстройства с континуальным биполярным течением в юношеском возрасте характеризуются рядом клинико-патогенетических особенностей, касающихся условий формирования, нейрофизиологических и нейропсихологических характеристик.

5.1. В преморбиде больных ритмического типа преобладает психастеноподобный склад личности. Среди больных дизритмического типа – эмоционально-неустойчивый склад личности, а для больных псевдоритмического типа – шизоидный склад личности.

5.2. У больных ритмического типа отмечается тенденция к накоплению наследственной отягощенности по аффективным заболеваниям. Среди больных дизритмического типа преобладает смешанная наследственная отягощенность по аффективным заболеваниям и личностной патологии. Для псевдоритмического типа характерна смешанная наследственная отягощенность по расстройствам шизофренического и аффективного спектров.

5.3. Больные ритмического и дизритмического типов континуального биполярного течения по сравнению с группой психически здоровых испытуемых обнаруживает статистически значимую большую спектральную мощность тета-диапазона в лобных отделах и меньшей – альфа-ритма в затылочных отделах, а по сравнению с группой больных с биполярным аффективным расстройством без континуального течения – большей спектральной мощностью альфа-ритма в теменных областях.

5.4. Результаты проведенного нейропсихологического исследования указывают на большую склонность к искажению эмоциогенной информации в сочетании со снижением функциональной активности префронтальных отделов и изменённой работой диэнцефальных структур головного мозга, а также нарушением связей между лобными отделами и структурами лимбической системы у изученных больных в сравнении с психически здоровой группой контроля.

6. Тактика ведения больных с континуальным течением биполярных аффективных расстройств в юношеском возрасте определяется необходимостью комплексного, персонифицированного подхода, учета психобиологического возрастного фактора, привлечением как психофармакотерапии, так и психотерапевтических методик, специально адаптированных к юношескому возрасту, направленных на купирование симптоматики острого периода, восстановление социальной, трудовой и учебной адаптации и формирование у больных адекватного отношения к заболеванию.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

1. Континуальное биполярное течение аффективных расстройств в юношеском возрасте является наиболее неблагоприятным вариантом течения аффективных расстройств в этом возрастном периоде с высоким уровнем социально-трудовой дезадаптации.
2. Данный вариант течения биполярных аффективных расстройств в юношеском возрасте необходимо рассматривать как фактор высокого риска формирования аутоагрессивного поведения.
3. При нозологической и прогностической оценке пациентов с континуальным течением аффективных расстройств в юношеском возрасте необходимо учитывать преобладающие психопатологические феномены в структуре аффективных состояний, особенности их динамики с учетом выделенных в настоящем исследовании типологических разновидностей.
4. Основные подходы к терапии пациентов с континуальным течением аффективных расстройств в юношеском возрасте на этапе купирующей терапии, разработанные в настоящем исследовании для изученных больных, позволяют оптимизировать оказываемую им специализированную помощь.
 - 4.1. Предпочтительным является стационарное лечение с последующим переводом на режим дневного стационара, что связано с высокой суицидальной опасностью этой категории больных, их низкой комплаентностью и отсутствием у них полноценной критики к своему состоянию.
 - 4.2. Ведущая роль отводится психофармакологическому воздействию на нейробиологическую основу аффективных состояний. Длительность купирующей терапии определяется клинической динамикой состояния пациента.
 - 4.3. При проведении терапии необходимо учитывать риск инверсии аффекта и делать акцент на препараты, обладающие тимоизолептическим действием.
 - 4.4. В условиях специализированного психиатрического стационара, с учетом особенностей юношеского возраста в рамках комплексной терапии одной из наиболее эффективных форм психотерапевтической интервенции является проведение групповых занятий. По мере редукции депрессивной или маниакальной симптоматики становится возможным проведение психотерапевтических мероприятий (диалектическая поведенческая терапия, схема-терапия), требующее полноценного функционирования у больных рефлексивной функции.
5. Результаты проведенного исследования можно использовать при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, а также медицинских психологов, нейропсихологов, специалистов по функциональной диагностике, работающих на базе психиатрических клиник и диспансеров.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в журналах, рецензируемых ВАК:

- 1) Зяблов, В.А. Клинико-психопатологические особенности континуального течения эндогенных аффективных расстройств в юношеском возрасте / Зяблов В.А. // Психиатрия. – 2017. – №4 – с. 37-45.
- 2) Зяблов, В.А. Клинические особенности аутоагрессивного поведения у больных юношеского возраста с континуальным течением эндогенных аффективных расстройств / Бебуришвили А.А., Зяблов В.А., Каледа В.Г. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2018. – №2 – с. 4-14.
- 3) Зяблов, В.А. Биполярные аффективные расстройства юношеского возраста с континуальным течением / Каледа В.Г., Зяблов В.А. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – № 4 – с.14-22.

Статьи и тезисы в других периодических изданиях:

- 1) Зяблов, В.А. Особенности континуального течения аффективных расстройств в юношеском возрасте / В. А. Зяблов // Материалы научно-практической конференции «XIII Всероссийская школа молодых психиатров» – Суздаль. – 2017– с.155-157
- 2) Зяблов, В.А. Особенности клиники и динамики континуального течения эндогенных аффективных расстройств в юношеском возрасте / В. А. Зяблов // Материалы научно-практической конференции «Современные тенденции развития психиатрической помощи: от региональных моделей к общей концепции?» – Екатеринбург. – 2017 – с.64-65.
- 3) Зяблов, В.А. Клинические особенности аутоагрессивного поведения у больных с континуальным течением эндогенных аффективных расстройств в юношеском возрасте / В. А. Зяблов, А. А. Бебуришвили // Материалы научно-практической конференции «4-я костромская школа молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием. Депрессия - вызов XXI века» – Кострома. – 2018 – с.82-87.
- 4) Зяблов, В.А. Биполярное аффективное расстройство с континуальным течением и расстройство личности в юношеском возрасте / Е. С. Крылова, А. А. Бебуришвили, В. А. Зяблов, В. Г. Каледа // Материалы Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Научного центра психического здоровья. – 2019– с. 340-346.