

УДК 616.895.4-036.12-085-092

В. І. Пришляк О.О. Фільц**ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ХРОНІФІКОВАНИХ ДЕПРЕСІЙ В КОНТЕКСТІ
БАЗОВОГО ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО МЕХАНІЗМУ ЇХ ФОРМУВАННЯ**

Львівський державний медичний університет ім. Д.Галицького

Ключові слова: хронічні депресії, психотравми, ендореактивні депресії

З'ясування клінічних особливостей тривалих та хроніфікованих депресій є сьогодні одним із найважливіших завдань психіатричних досліджень. Клінічні дослідження хронічних депресій концентруються сьогодні навколо двох напрямків: 1) пошуку надійних психопатологічних маркерів та клінічних предикторів хроніфікованих депресій, а відтак і розробки адекватної типології цих станів, 2) вивчення пре- та екстреморбідних факторів, які, ймовірно, сприяють хроніфікації депресій у якості важливих патопластичних (модифікуючих) чинників [1 – 6, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 21]. Відповідно, серед особливостей клініки таких депресій автори найчастіше звертають увагу на симптоматологічну невизначеність, „стертість”, або так звану субклінічність проявів депресії [1 – 3, 12, 14 – 16], атипівність клінічної картини [2, 7, 9, 12], дисгармонію депресивної тріади [2, 12, 15], наявність так званих „гетерономних” (не відповідних до базового афекту) неврозоподібних, маячних симптомів [1 – 4, 7, 9, 10, 13], наявність коморбідних психічних розладів, передусім тривожних та обсесивно-компульсивних [1, 9, 19]. Разом із тим, схильними до хроніфікації вважають різні синдромальні варіанти, повний список яких склав би реєстр фактично всіх можливих депресивних синдромів [1, 2, 5, 7, 9, 10, 13, 20]. Виділяють також окремі симптоми, характерні для хронічних депресій, наприклад: спрямованість назовні „вектора вини” [12, 15], переважання суб'єктивної важкості хвороби над об'єктивною [1, 12], симптом “недільних загострень”, іпохондричність, деперсоналізацію, тощо [1, 6, 9, 12, 15]. Серед екстреморбідних факторів хроніфікації депресивних розладів найчастіше виділяють неадекватне лікування [1, 5, 9, 10, 21], вік початку розладу (ранній або пізній) [1, 9, 14], наявність коморбідної патології [5, 9, 14, 19], гетерогенну спадкову обтяженість, органічне

ураження мозку [1, 5, 9, 21], різні варіанти преморбідної особистісної структури [1, 6, 9, 12, 13, 17, 22]. Загалом, слід відзначити очевидну суперечливість результатів різних досліджень, що традиційно свідчить про особливу актуальність проблеми.

Від уточнення психопатологічних і клінічних проявів хронічних депресій залежить не лише поступ у їх лікуванні, але й у пошуках патогенетичних механізмів їх формування. Адже без задовільних клінічних уявлень жодні дослідження, спрямовані на перевірку будь-яких доказово-медичних концепцій не можуть відповідати потребам реальної клінічної практики. Висока актуальність досліджень хроніфікованих депресій, крім вказаних моментів, пояснюється ще й відсутністю чітко сформульованих критеріїв, а тим більше – єдиної концепції хронічних депресивних розладів [11], важливої як у теоретичному, так і безпосередньо прикладному клінічному аспектах. Тому скрупульозне вивчення особливостей клініки та преморбідну хворих, які страждають на хроніфіковані депресії, і надалі залишається одним із найефективніших „інструментів” на шляху до вирішення зазначених актуальних питань.

Загальною метою дослідження є пошук та вивчення клінічних механізмів і предикторів хроніфікації депресій. Метою даної частини дослідження є вивчення шляхів формування хронічної депресії і виявлення спільних факторів хроніфікації, що дасть можливість сформулювати гіпотезу про базовий механізм хроніфікації депресій.

Для цього поставлені наступні завдання: 1) з'ясувати основні шляхи формування хронічного перебігу депресій; 2) з'ясувати роль психотравмуючих обставин у процесі хроніфікації; 3) проаналізувати роль ендогенних та реактивних симптомів у клініці хронічних депресій; 4) з'ясувати спільні механізми хроніфікації депресій у обстежених пацієнтів.

Об'єкт і методи дослідження

Перевага нами надавалась клінічно-описовому методу з початковим (baseline) максимально детальним клінічним описом досліджуваних станів. Проведення на першому етапі дослідження т. зв. baseline case studies (первинного опису випадків) було необхідним, бо, як вже зазначалось, клініко-дескриптивні „картини” досліджуваних феноменів є першим (і необхідним) підставним матеріалом всіх подальших (в тому числі доказових) досліджень у медицині. Наступний феноменологічно-неупереджений аналіз клінічних проявів, у зв'язку зі зміною клінічної картини хронічних депресій за останні десятиліття [11], був спрямований на пошук ще досі не з'ясованих проявів хронічних депресій. На даний час обстежено 76 хворих (Львівська обласна державна клінічна психіатрична лікарня – 19 хворих; 2-ге клінічне відділення Львівського міського ПНД – 41 хворий; приватна спецамбулаторія “Астра МІА”, м. Тернопіль – 16 хворих). При відборі пацієнтів у дослідження враховувались: 1) наявність депресії згідно критеріїв депресивного епізоду за МКХ – 10, 2) безперервність депресивної симптоматики протягом не менше 2 років до моменту обстеження (критерій хронічного перебігу депресивного епізоду згідно DSM – 4)*, 3) манифестація розладу у віці до 65 років, 4)

відсутність у пацієнтів ознак шизофренії та шизоафективного розладу згідно критеріїв МКХ – 10, як на момент обстеження, так і в анамнезі, 5) відсутність у пацієнтів клінічно релевантних органічних уражень головного мозку, ендокринної та соматичної патології. Загальну характеристику матеріалу дослідження наводимо в табл. 1.

Як видно з таблиці, кількість пацієнтів, відібраних у дослідження становить 48 осіб. Це пояснюється тим, що хворі на хронічні депресії часто є схильними до негативного комплаєнсу, через що 28 із 76 відібраних хворих відмовились від участі у дослідженні. Разом з тим, величина вибірки цілком відповідає поставленим завданням, оскільки, згідно даних літератури, клінічні дослідження з описовим вивченням психопатологічних феноменів здебільшого обмежуються вибіркою у 20-30 пацієнтів. Розподіл пацієнтів по статі відповідає типовим статевим співвідношенням, характерним для депресій взагалі (близько 2/3 жінок і 1/3 чоловіків). Соціальний та освітній статус відібраних пацієнтів відповідає загальнопопуляційному. Наявність серед 48 пацієнтів 10 інвалідів (всі інвалідності пов'язані саме з депресією) відображає закономірний наслідок хронічного перебігу депресій – поступову інвалідизацію пацієнтів.

Таблиця 1

Загальна характеристика групи пацієнтів, включених у дослідження

		Чоловіки	Жінки	Загалом
Кількість пацієнтів		14	34	48
Вік років (середній)		33-65 (46,5)	22-64 (44,6)	22-65 (45,2)
Сімейний стан	неодружені	2	4	6
	одружені	12	19	31
	розлучені	-	11	11
Освіта	Вища	8	13	21
	середня	6	21	27
Соціальний статус	працюючі	9	8	17
	безробітні	-	13	13
	пенсіонери	1	7	8
	інваліди	4	6	10

* МКХ-10 не надає спеціальних уточнень та дескриптивних критеріїв хронічного перебігу депресивного епізоду, тому вони використовуються згідно DSM-IV [18].

Кожен з відібраних пацієнтів був обстежений психопатологічно з детальним описом всіх клінічних феноменів, вивченням анамнезу. Особлива увага зверталась на емоції та переживання, пов'язані з важливими особами та подіями в житті пацієнтів, дослідженням обставин, які передували захворюванню, особливостей суб'єктивного переживання пацієнтом свого захворювання та процесу лікування. Вивчення клінічної симптоматики депресій проводилось описово-психопатологічним методом, а також психолого-експериментальним із використанням опитувальника з базових симптомів SCL-90. Важкість і структура депресії оцінювалась за допомогою шкали Гамільтона-21. Дослідження структури особистості хворих проводилося за допомогою напівструктурованого діагностичного

інтерв'ю SKID-2*

Отримані дані склали основу інтегральної історії хвороби. Кожна історія була представлена на консилиумі за участю співробітників кафедри психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти Львівського державного медичного університету та лікарів стаціонару. Під час консилиуму проводився детальний психопатологічний аналіз випадку та приймалося рішення щодо включення пацієнта в дослідження.

У зв'язку з тим, що кожна з написаних історій хвороби має об'єм до 15-20 сторінок друкованого тексту, очевидно, що вони не можуть бути наведеними в форматі статті, тому результати і обговорення ґрунтуватимуться на узагальненому психопатологічному аналізі випадків.

Результати дослідження та їх обговорення

1) Варіанти перебігу хроніфікованих депресій (ХД).

При вивченні анамнезу з'ясувалось, що хронічна депресія у обстежених пацієнтів формувалась щонайменше трьома різними шляхами:

1) Накладання психогенії на автохтонну депресію.

Типові, „автохтонні”, добре курабельні депресивні фази з достатньо повноцінними ремісіями розпочинались, як правило, у молодому віці.

Хроніфікація депресій наставала у віці 37-60 років після психогенії, або співпадала з початком менопаузи у жінок, після чого депресія перебігала роками з коливаннями важкості стану і неповними субдепресивними ремісіями (до 1-2 місяців).

2) Накладання психогенії на невротичну депресію.

Затяжні депресивні фази 2 – 9 років виникали у віці 21 – 38 років після психогенії на фоні

характерологічної дистимії, яка тягнулася ще з підліткового віку.

3) Психогенна провокація хроніфікованої депресії

а) перебіг без ремісій (принаймні, на момент обстеження)

Хроніфікація формувалась у віці від 20 до 50 років під час першого ж депресивного епізоду, у більшості випадків після психогенної „провокації”. Повноцінної ремісії або не виникало взагалі, або в ремісії залишалась виразна субдепресивна симптоматика, на фоні якої виникали психогенно спровоковані загострення.

б) перебіг з ремісіями між затяжними фазами

Депресії з самого початку мали затяжний перебіг (5-7 років), однак між фазами спостерігались повноцінні і тривалі ремісії. І перші, і повторні затяжні фази були, як правило, психогенно спровокованими.

Таблиця 2

Варіанти перебігу хроніфікованих депресій

Варіант	Вік хроніфікації	Тривалість ХД	Кількість пацієнтів (ч/ж)	Психогенний початок ХД	p
1)	26-63 р.	2-10 р.	18 (5/13)	17 пац.	< 0,001
2)	21-38 р.	2-4 р.	6 (1/5)	6 пац.	< 0,001
3 а)	20-50	2-10 р.	21 (8/13)	20 пац.	< 0,001
3 б)	20-29 р.	5-9 р.	3 (0/3)	2 пац.	> 0,25
Загалом	20-63 р.	2-10 р.	48 пац. (14/34)	45 пац.	< 0,001

* Авторизований дозвіл на проведення дослідження аналогу SKID-2 методу IPDI (Loranger (1975) отриманий одним із авторів – Фільцом О. О. у 1992р. (Авторизовано проф. W. Berner, директором клініки „Mittersteig“ у Відні)).

Як бачимо, при всіх 4-х варіантах спостерігається одна принципова особливість – психогенний початок хронічної депресії (45 із 48 пацієнтів). У зв'язку з цим варто детальніше розглянути роль цього фактора у хроніфікації депресій.

2) Значення психогенного фактора при дослідженні анамнезу захворювання. З'ясувалося, що різноманітні психотравмуючі обставини суттєво впливали на перебіг депресії у обстежених хворих: вони, як правило, „провокували” початок фази, що набувала потім хронічного перебігу, вони ж були відповідальними і за подальші загострення хронічної депресії, вони ж, на думку багатьох пацієнтів, заважали „вийти” з депресії, „не додавали настрою”, психологічно

фіксуючи депресивні переживання. Навіть у випадках, коли пацієнт не декларував зв'язку депресії з психотравмою, в його житті на той час об'єктивно складались несприятливі обставини, які ще більше погіршувались з настанням депресії.

Аналіз змісту психотравмуючих ситуацій, які „запускали” і підтримували хронічний перебіг депресії у обстежених хворих показав, що ці ситуації загалом є досить малоспецифічними, оскільки всі вони стосуються загальнолюдських базових потреб: безпеки існування, матеріально-професійної сфери, сімейної стабільності. Разом з тим, за сутністю травмуючого фактора (його суб'єктивного значення для пацієнта) їх можна поділити на 3 головні групи (табл.3).

Таблиця 3

Характеристика психотравмуючих ситуацій, які передували хроніфікації депресії

Психотравмуючі ситуації	Зміст психотравми
1) Пов'язані з конкуренцією	Провал на екзаменах Звільнення з роботи Вихід на пенсію Заздрість до більш успішних людей Подружні зради Матеріальні втрати (нестача)
2) Пов'язані з відповідальністю	Перехід на більш відповідальну роботу Безпорадність у складних життєвих ситуаціях Судові справи, загроза ув'язнення
3) Пов'язані з втратою підтримки	Смерть або хвороба близької людини (часто домінуючого партнера в подружжі) Руйнування сімейних стосунків Переїзд близької людини

Спільною ознакою всіх психотравмуючих ситуацій було те, що вони переживались обстеженими пацієнтами із загостренням почуття власної неспроможності та меншовартості, тобто, відігравали роль зовнішнього психотравмуючого „удару” по самоповазі.

3) Симптоматика Значення психогенного фактора підтверджується і тим, що специфічна для пацієнта психотравма чи несприятливі обставини мали чітке відображення і в клінічній картині депресії на початку її хроніфікації. Психотравмуюча ситуація на початку захворювання часто визначала зміст депресивних переживань. Саме з описаним вище „ударом по самоповазі” пацієнти безпосередньо пов'язували свій пригнічений стан і відчуття меншовартості та неспроможності. Разом з тим, у більшості з них вже на ранніх етапах перебігу хвороби відмічались і чіткі ознаки ендогенної депресії, але передусім у вітальній сфері. Ці прояви виявлені

також у всіх досліджуваних пацієнтів і на момент обстеження (табл. 4)

Зі збільшенням тривалості депресії реактивний компонент дедалі більше “згасав” і на перший план виступали ендогенні ознаки, далі поступово, по мірі хроніфікації захворювання, клініка депресії ставала менш виразною і проявлялась субдепресивним настроєм з дисфоричним забарвленням, переживанням своєї меншовартості, заздрості до здорових людей, ангедонією, наростанням апатії і зниженням тривожності, астено-адинамічною симптоматикою, що відображає дефіцит вітальності, який А. Б. Смуглевич не вповні точно, на наш погляд, означив як „негативна афективність”[14]. На нашу думку, „переплетення” ендогенних та реактивних ознак якраз і спричиняє ту особливість клінічної картини хронічних депресій, яку більшість авторів називають „атиповістю”, і яка утруднює чіткість описових характеристик хроніфікованих

депресій та поділ їх на окремі варіанти. Значний поліморфізм симптоматики у більшості хворих дійсно не дозволяє виділити єдиний депресивний синдром, оскільки в одного і того ж хворого в структурі депресії може бути виражена, наприклад, меланхолічна, тривожна, іпохондрична, ане-

стетична, істерична, астенична симптоматика. Саме атипівість і поліморфність клініки хронічних депресій є найбільш дискусійною проблемою у їх вивченні [1, 5, 7, 9, 12, 15, 20]. Ці особливості розглядається також і в контексті труднощів лікування затяжних депресій.

Таблиця 4

Вітальні симптоми ендогенної депресії, виявлені у обстежених пацієнтів

Вітальні симптоми	Кількість пацієнтів	p
добовий ритм з послабленням симптомів у другій половині дня	43 пацієнта	<0,001
вітальне відчуття нудьги, важкості в грудях, голові	41 пацієнт	<0,001
типове депресивне порушення сну з ранніми прокиданнями	33 пацієнта	<0,001
психомоторна загальмованість	37 пацієнтів	<0,001
погіршення апетиту	34 пацієнта	<0,001
зниження статевого потягу	45 пацієнтів	<0,001

На нашу думку, суттєвим фактором хроніфікації депресій у обстежених пацієнтів була психогенна „спровокованість” затяжних фаз. Попри відсутність об’єктивної „специфічності” провокуючої психотравми впадала у око спільна риса у суб’єктивному переживанні хворими такої психотравми – загострення відчуття власної меншовартості, слабкості, неспроможності.

Враховуючи той факт, що зниження самооцінки поряд із „вітальними” ознаками, є чи не найважливішим або і центральним симптомом депресії, а отже і базовим переживанням хворих на депресію, можна припустити, що саме такий – знецінюючий – вплив психотравми є не випадковим. Психотравмуюча ситуація була для обстежених пацієнтів зовнішнім „ударом” по системі самовартості і призводила до декомпенсації у вигляді депресії. Причину такого впливу травматичних ситуацій слід, очевидно, шукати в особистісній сфері пацієнтів, зокрема, у недосконалості функціонуванні системи „нарцистичного гомеостазу” (за S. Mentzos, 1986), коли підтримання стабільної самооцінки головним чином забезпечується зовнішньою оцінкою (матеріальний статус, конкурентноздатність, добробут, ставлення інших людей, працездатність, тощо). За таких умов психотравмуючі ситуації, які руйнували чи загрожували зруйнувати зовнішні фактори підтримки самовартості, означали для пацієнта втрату відчуття власної цінності і були для нього своєрідним „ударом” по самоповазі.

Разом з тим, неможливо звести хроніфікацію депресій лише до дії тих чи інших психотравмуючих ситуацій, оскільки в клінічній картині

всіх обстежених пацієнтів на всьому протязі хвороби і, зокрема, на момент обстеження виявлялись чіткі вітальні симптоми „ендогенних” депресій. „Реактивні” ж симптоми були виражені найбільше на початку захворювання і під час психогенно спровокованих загострень.

Таким чином, депресії більшості хворих (45 з 48) на початку хроніфікації та під час загострень мали ознаки так званих „ендореактивних” (у розумінні Weitbrecht-Glatzel, 1979): „реактивними” за змістом переживань і, в той же час, за всіма формальними ознаками – вітально-ендогенними. Хоча сьогодні дискусії щодо поділу на ендогенні та реактивні депресії дещо втратили свою гостроту, вважаємо за необхідне зазначити, що, розглядаючи афективні розлади під кутом зору „ендогенності”, ми з необхідністю відносимо ці розлади до „автохтонних” і значною мірою біологічно детермінованих, тоді як специфіка „реактивних” станів полягає у їх зумовленості психо-реактивними факторами. Отримані нами дескриптивні характеристики хроніфікованих депресій дають підстави думати, що взаємна „підтримка” біологічного і реактивного факторів може виявитися важливим і суттєвим чинником хроніфікації депресій. Реактивний компонент „удару по самоповазі” підтримує не лише вітальні переживання депресій, але і їх „серцевину” – переживання власної маловартості. З іншого боку, саме переживання вітальної неспроможності для таких хворих є наочним доказом реальності їх відчуття маловартості, спричиненого психотравмою. За таких умов у стані депресії пацієнт опиняється в „мертвій

точці”[8] замкнутого кола, коли підтримати власну самовартість є абсолютно неможливо і саме цей стан є хронічною психотравмою для хворого. Йдеться, отже, про базовий *circulus vitiosus*, в якому й може хроніфікуватись депресія.

Описане нами „замкнуте коло” як результат взаємної підтримки ендogenous та реактивного факторів у механізмі хроніфікації депресій є не лише причиною атиповості і поліморфності клініки ХД, але і причиною труднощів у лікуванні цих станів.

Специфіка лікування хворих на хроніфіковані депресивні розлади полягає в тому, що такі пацієнти є особливо вимогливими і „важкими” в плані комплаєнсу (конструктивної співпраці). Їх настирливе прохання допомоги і постійне вимагання підвищеної уваги до себе поєднуються із переконаністю у власній невиліковності. Такі пацієнти схильні перекидати відповідальність за свій стан на лікуючого лікаря і часто активно це декларують (“Ви – моя остання надія”, “Ви повинні мені допомогти”). Однак, разом із тим, вони ж внутрішньо прирікають будь-яке лікування на невдачу та заявляють про унікальність власної невиліковності: “у Вас ще не було таких складних пацієнтів, як я”, „напевне, я ніколи не вилікуюсь”, “мене вже такі світила лікували...” Закономірно, що будь-яке погіршення або відсутність негайного ефекту від лікування сприймаються як підтвердження невиліковності, що зумовлює, в свою чергу, знецінення лікаря та будь-яких його зусиль.

Порушення комплаєнсу призводить до самовільних змін дозування або й відміни препаратів, що найчастіше кваліфікується як ознака терапевтичної резистентності [1, 5, 9]. З практики відомо, що співпрацювати з такими пацієнтами є складно, оскільки вони викликають у лікаря

відчуття роздратування, безпорадності і зворотного знецінення пацієнта, що є для хворого ятрогенним повторенням знецінюючої психотравми і черговим „ударом по самоповазі” у замкнутому колі хронічної депресії. Через тривале безуспішне лікування багато з пацієнтів розчаровуються в ньому і взагалі зникають з поля зору психіатрів. Виникає парадоксальна ситуація, при якій сам процес лікування не веде до одужання, а у багатьох випадках може ще більше сприяти хроніфікації. Виходячи з вищесказаного, припускаємо, що правильна терапевтична тактика з описаними пацієнтами мусила б полягати у тому, щоб зламати звичний для хворого стереотип стосунків з лікарями: продовжувати терпляче і доброзичливо підтримувати їх, не зважаючи на знецінення і зневіру з їх боку.

Висновки

1. Важливим фактором хроніфікації депресій є психотравмуючі ситуації, які стосуються базових потреб хворих (безпека, матеріально-професійний статус, сімейна стабільність). Ці ситуації відіграють для пацієнтів роль таких, що знижують самовартість.

2. „Атиповість” клінічної картини хронічних депресій у обстежених пацієнтів пояснюється переплетенням реактивних (психогенних) та вітально-ендogenous симптомів.

3. Хроніфікація депресій у обстежених пацієнтів формується за механізмом замкнутого кола (*circulus vitiosus*), в якому ендogenous та реактивні переживання взаємно підтримуються і затягують депресивний стан. Описаний нами механізм замкнутого кола відіграє важливу роль і в процесі лікування, коли через стереотип знецінення зусиль лікарів пацієнти втрачають їх підтримку, що є для них ятрогенною знецінюючою психотравмою, яка підтримує депресію.

В. И. Пришляк, А.О. Фильц

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ХРОНИФИЦИРОВАННЫХ ДЕПРЕССИЙ В КОНТЕКСТЕ БАЗОВОГО ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО МЕХАНИЗМА ИХ ФОРМИРОВАНИЯ

Львовский государственный медицинский университет им. Д.Галицкого

В статье описаны главные пути формирования хронических депрессий. Указывается на существенную роль психотравмирующих обстоятельств в процессе хронификации. Атипичность клинической картины хронических депрессий объясняется комбинацией реактивных и эндогенных симптомов. Описан механизм хронификации депрессий в виде «порочного круга» взаимной поддержки эндогенного и реактивного факторов, центральным звеном которого является снижение самооценки пациентов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2008. — № 1 (18). — С. 55-61).

SOME PECULIARITIES OF THE CLINIC OF CHRONIC DEPRESSIONS IN THE CONTEXT OF BASIC PSYCHOPATHOLOGIC MECHANISM OF THEIR FORMATION

State medical university by D.Galitsky, Lviv

In the article the main ways of chronification of depressions are described. Authors noticed the significant role of psycho-traumas in the process of chronification. Not-typical clinic picture of chronic depressions interpreted as the result of combination of reactive and endogenous symptoms. Authors described the mechanism of depression's chronification as a "circulus vitiosus" of cooperation of endogenous and reactive factors with the reduction of patient's self-appraisal as the central link. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 1 (18). — P. 55-61).

Література

1. Вовин Р. Я., Аксенова И. О. Затяжные депрессивные состояния. — Л.: Медицина, 1982. — 191 с.
2. Войцех. В. Ф. О критериях прогноза депрессии // Журн. невропатол. и психиатр. — 1990. — Т.90. - №4. — С. 71 — 75.
3. Дикая Т. И. Длительные многолетние депрессивные состояния в форме хронических депрессий: клинико-психопатологические и динамические аспекты // Научно-практический журнал «Психиатрия». — 2004. — №5.— С. 26 — 34.
4. Дикая Т. И. К вопросу о длительных многолетних депрессиях: клинико-психопатологические особенности и дифференциация затяжных депрессий // Научно-практический журнал «Психиатрия». — 2004. — №4. — С. 48 — 54.
5. Дмитриева Т. Б., Харитоновна Н. К. О факторах, обуславливающих затяжное течение психогенных депрессий // Профилактика общественно опасных действий психически больных. — М., 1986. — С. 68 — 75.
6. Зорин В. Ю. Формирующиеся в условиях стрессогенной ситуации затяжные депрессивные состояния // Журн. невропатол. и психиатр. — 1996. — №6. — С. 23 - 27.
7. Ильина Н. А. Психопатология деперсонализационной депрессии // Журн. невропатол. и психиатр. — 1999. - Т.99. - №7. — С. 21 — 25.
8. Мендос С. Психодинамические модели в психиатрии. — М.: Алтейа, 2001. — 174 с.
9. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. — СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. — 568 с.
10. Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. — Л.: Медицина, 1988. — 264 с.
11. Пришляк В. І., Фільц О. О. Проблема хроніфікованих депресій в психіатричних дослідженнях. Частина I // Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. - №1 (16). — С. 132-141.
12. Пуховский А. А. О некоторых клинико-психопатологических аспектах хронических депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. — 1993. — Т.93, №2. — С. 68 - 73.
13. Пчелина А. Л. Психопатология затяжных эндогенных депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. — 1979. - №12. — С. 1708 — 1712.
14. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 429 с.
15. Тиганов А. С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики. Депрессия и коморбидные расстройства. — М., 1997. — С12 — 26.
16. Akiskal H. S., Dong King, Rosenthal T. L. Chronic Depressions // J. Affect. Dis. — 1981. - №3. — P. 183 — 192.
17. Akiskal H. S., Hirschfeld R. M. A., Yerevanian B. I. The relationship of personality to affective disorders: A critical review // Arch. Gen. Psychiat. — 1983. — Vol. 40. - P. 801 - 810.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Ed. 4 (DSM-IV). — Washington DC: APA Press, 1994.
19. Angst J. Comorbidity of mood disorders: a longitudinal perspective study // Br. J. Psychiatry. — 1996. — V. 30. — P. 31 — 37.
20. Asnis G. M., McGinn L. K., Sanderson W. C. Atypical depression: clinical aspects and noradrenergic function // Am. J. Psychiatry. — 1995. — Vol. 152. — P. 31 — 36.
21. Bratfos O., Haug J. The course of manic-depressive psychosis/ / Acta Psychiat. Scand. — 1968. — Vol. 44, №1. — P. 89 — 111.
22. Schrader G. Chronic depression: state or trait? // J. Nerv. Ment. Dis. — 1994. — V. 182. — P. 552 — 555.

Поступила в редакцию 27.10.2007