

УДК: 616.895.4-036.12.001.8

*В. І. Пришляк, О.О. Фільц***ПРОБЛЕМА ХРОНІФІКОВАНИХ ДЕПРЕСІЙ В ПСИХІАТРИЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ
ЧАСТИНА II**

Львівський державний медичний університет ім. Д.Галицького

Ключові слова: клінічні предиктори хроніфікації, депресивні розлади, хронічні депресії, хроніфікація.

У першій частині огляду було розглянуто феномен зростання частоти хроніфкованих депресій у загальній популяції та виділено основні проблемні питання у дослідженні цих станів. Зокрема, було висвітлене питання критеріїв хронічного перебігу депресивних розладів та проаналізовано основні передумови, що ведуть до хроніфікації депресій (вік маніфестації, наявність органічного ураження головного мозку, супутньої соматичної та психіатричної патології, конституційно-особистісні фактори). У другій частині огляду ми зосередимося на питаннях предикції затяжних депресій та з'ясуємо можливі механізми хроніфікації.

III. Предикція хроніфкованих депресій

Важливим напрямком дослідження хронічних депресій є виявлення ознак, за допомогою яких можна прогнозувати наступне затягування депресії і ефективність лікування розладу. Деякі дослідники вивчали біологічні предиктори хроніфікації та терапевтичної резистентності. Так, було показано, що депресія частіше затягується у пацієнтів з порушенням активності ядер гіпоталамуса, які керують циркадними ритмами організму, з цим фактором пов'язували і хроніфікацію депресій похилого віку, коли активність мозкових структур закономірно знижується [17]. З метою предикції ефективності терапії пацієнтам пропонували проводити дексаметазонавий та діазепамовий тести, пробу на одноразове введення антидепресантів [21], дослідження параксизмальної активності мозку за допомогою ЕЕГ [19], використання амфетамінового тесту, дослідження метаболізму моноамінів в мозку, стану ферментних систем, відповідальних за фармакокінетику препаратів [20, 37, 48, 53]. Однак, названі тести, по-перше, виявились малоспецифічними і не набули широкого клінічного використання, а по-друге, дослідження активності ядер гіпоталамуса чи ферментних систем були б над-

то громіздкими в повсякденній клінічній практиці. Тому основні пошуки предикторів хроніфікації депресій ведуться у сфері клініки та перебігу цих станів. Варто зауважити, що серед клінічних предикторів описуються вже розглянуті нами в першій частині статті гетерономність супутньої психічної патології, особистісної структури і спадковості пацієнтів, наявність соматичної та органічної обтяженості, повторних психотравмуючих обставин. Ці фактори, як вже було сказано, в значній мірі пов'язані з особистісними механізмами і, як слід припустити, працюють у безпосередньому зв'язку з ними. Іншими найчастіше згадуваними в літературі клінічними предикторами слід визнати наступні: синдромологічна структура розладу, окремі типові симптоми, особливості перебігу розладу.

1. Синдромологічна структура хроніфкованих депресій.

У багатьох дослідженнях виділяються окремі синдромологічні варіанти депресій, які найбільш схильні до затягування [5, 6, 13, 18, 21, 23, 25, 30, 45, 46]. Серед таких "особливих" депресивних синдромів у літературі зустрічаються тривожно-депресивний, іпохондрично-депресивний, обсесивно-компульсивно-депресивний, істеродепресивний, маячно-депресивний, деперсоналізаційно-депресивний, апатично-депресивний, анергічно-адинамічний, дисфоричний, кататонічний і навіть типовий меланхолійний [5, 6, 12, 24, 28, 31]. Фактично, йдеться про всі можливі синдромологічні варіанти депресій, однак, найбільш схильними до затягування вважаються деперсоналізаційний, іпохондричний та обсесивно-компульсивний синдроми [5 – 7, 13, 18, 28, 30]. Разом з тим, Р.Я. Вовін і співавтори [5, 6] вважають, що поява цих синдромів є не стільки причиною, як наслідком хронічного перебігу депресій, оскільки при затягуванні депресії і редукції власне афективного компонента

дереалізаційні, обсессивні та іпохондричні прояви виступають на перший план. Будучи самі по собі резистентними та схильними до хроніфікації, ці синдроми ведуть до “стабілізації” депресії і майже не реагують на тимоаналептичну терапію. Найбільша вираженість таких невротичних ознак спостерігається на початковому та фінальному етапах розладу, коли власне депресивні прояви є менш помітними. Подібної точки зору дотримується і Г. Я. Авруцкий, який вважає наявність неврозоподібних включень у клініку затяжних депресій наслідком недостатньо інтенсивного лікування, у результаті чого згладжуються вітальні прояви ендогенної депресії, зменшується її глибина і типові фази переходять у мляво перебігаючі варіанти, на фоні яких виникають неврозоподібні і соматоформні симптоми, обумовлені особистісною схильністю до невротичного реагування та іпохондричною настроєністю пацієнтів [2]. Звертається увага і на те, що структура й феноменологія таких неврозоподібних ознак тісно пов’язані зі структурою особистості хворого: наприклад, обсессивно-компульсивні прояви виникають у осіб психастеничного складу, іпохондричні – у пацієнтів з рисами тривожної надумливості [5]. М. Weissman [58] також вказує на те, що саме наявність невротичних симптомів у структурі депресивного синдрому сприяє переходу депресії до хронічного перебігу і гальмує природне завершення депресивної фази. Отже, спільною ознакою, характерною для затяжних депресивних синдромів, визнається наявність в структурі синдрому “невротичного додатку”, тісно пов’язаного з особистісними механізмами.

2. Типові симптоми хроніфікованих депресій.

Разом з тим, Р. Я. Вовін, І. О. Аксенова, використавши кореляційний і факторний методи математичної обробки, з’ясували, що перебіг депресії не залежить від якогось конкретного синдрому [5]. Натомість, вони стверджують, що не синдромологічна структура, а наявність тих чи інших симптомів в картині депресії грає роль у механізмі, що спричиняє затяжний перебіг. З такою позицією погоджується і багато інших дослідників, які звертають увагу на окремі симптоми і особливості клініки, характерні саме для хроніфікованих депресій. Проаналізувавши дані літератури, можна виділити наступні чотири групи таких симптомів:

1. Симптоми невротично-особистісного спектру: настирливості, фобічні переживання, сомато-психічна деперсоналізація, істеричні прояви, дисфоричність, симптом “недільних загост-

рень”, схильність до госпіталізму [2, 5, 6, 11, 23, 33, 35, 36, 41, 51, 59].

2. Симптоми, які відображають “стертість” депресивного афекту: ригідність і монотонність симптомів депресії, стереотипно повторювані скарги, застиглість симптоматики, стертість клінічної картини, симптом “вербалізації афекту”, який проявляється стереотипним описом пацієнтом своїх тяжких страждань при збереженні зовнішньої монотонності і байдужості [1 – 3, 9, 10, 23, 26, 28].

3. Симптоми атиповості клініки власне депресії: скерованість назовні “вектора вини”, іпохондричне забарвлення ідей самозвинувачення, дисгармонія депресивної тріади, домінування моторної загальмованості, проявів негативної афективності (апатії, анестезії, анергії), депресивного маячення, незавершеність синдрому, невиразність і непостійність вітального компоненту, незначна вираженість психомоторної загальмованості [16, 20, 23, 26, 27, 39, 40, 43].

4. Прояви соматоформного спектру: сенестопатії, парестезії, алгії, соматизація психопатологічних проявів, домінування катестетичного афекту, сенесто-іпохондричні симптоми [5, 6, 23, 26, 37, 50].

Попри велику різноманітність вище описаних симптомів, слід зауважити, що кожна з цих груп в тій чи іншій мірі пов’язана все з тим же особистісним фактором. Це стосується не лише симптомів особистісно-невротичного спектру, але і трьох інших груп, особистісний фактор у яких слід шукати у специфіці афективної сфери пацієнтів.

3. Особливості перебігу і типологія хроніфікованих депресій.

Серед інших клінічних предикторів значну увагу приділяють і особливостям перебігу депресій. За ознакою циклічності частина авторів вважає, що більш схильними до затяжного перебігу є депресії в структурі монополярного перебігу афективного розладу (рекурентні депресії) [20, 57, 60]. Інші, однак, наводять аргументи на користь частішої хроніфікації депресії у структурі біполярного розладу [23, 28]. Важливими клінічними предикторами хроніфікації вважаються такі показники, як частота рецидивів та якість ремісій: зі збільшенням числа рецидивів збільшується й імовірність затягування фаз, а наявність резидуальної симптоматики в ремісії у ще більшій мірі вказує на несприятливий прогноз [26]. Наявність тривалих періодів афективних порушень “амбулаторного” рівня у перебігу хвороби, виникнення “гіпоманіакаль-

них вікон” при стиханні гострого періоду також вважаються предикторами хроніфікації депресій [23, 28].

Досліджуючи закономірності перебігу хронічної депресії, багато авторів приходять до висновку про те, що вона має ще й певну динаміку з послідовною і поступовою зміною кількох стадій [12, 23 – 26]. Основною закономірністю хроніфікації вважається поступове згладжування афективної симптоматики з наближенням її до апатичного полюса і домінуванням особистісних рис в клінічній картині [7, 25]. А. Б. Смулевич пропонує розрізнати два послідовних етапи формування хронічних депресій: 1) активна стадія, яку він називає “хронічний перебіг депресії”, і 2) стабілізація – “резидуальний стан”. Останній характеризується “персоніфікацією” афективних симптомокомплексів, що набувають властивостей розладів особистості, коли симптоми депресії стають ніби рисами характеру, формується особливий депресивний світогляд з відчуттям власної безперспективності, “нещасної долі”, характерні прояви ангедонії, істероїдної дисфорії, виразні порушення міжособистісних стосунків. Разом з тим, автор зазначає, що розмежування цих стадій на сьогодні ще не має чітких клінічних критеріїв [26].

На основі виявлених клінічних особливостей та закономірностей динаміки різні дослідники пропонують різні варіанти типології затяжних депресивних станів. Найчастіше виділяють наступні клінічні варіанти хронічних депресій [26, 49]: дистимія, хронічна велика депресія, подвійна депресія (великий депресивний епізод на фоні дистимії) [49, 52, 54], рекурентні епізоди великої депресії з неповними ремісіями. Р.Я. Вовін та співавтори [6] виділяють такі узагальнені форми перебігу хронічних депресій: 1) З рівномірною вираженістю депресивної симптоматики протягом тривалого періоду часу (автори називають цей варіант перебігу “депресивним існуванням”); 2) З чітко періодичними фазами поглибленнями депресії на фоні тривалого субдепресивного стану без повної ремісії. Як приклад даного варіанту наводиться так звана “подвійна депресія”; 3) З аперіодичними поглибленнями депресивної симптоматики на фоні редукованого депресивного стану. Поглиблення депресії при цьому варіанті є, як правило, спровокованими різними психотравмуючими і несприятливими обставинами; 4) з поступовим поглибленням депресії та ознаками прогресивності. Н.С.Аkiskal [32, 33, 35, 41, 44] поділяє затяжні депресії на: характерологічні депресії (з

раннім початком і варіантами по типу подвійної депресії та по типу хронічного перебігу неврозу з тривожно-депресивною симптоматикою), дистимії (субклінічна депресія з емоційною лабільністю і поліморфною симптоматикою), хронічні уніполярні депресії (з типовою клінікою і затяжною резидуальною симптоматикою), хронічні “вторинні” депресії (на основі шизофренії чи органічних захворювань головного мозку). Т. И. Дикая [9, 10] пропонує поділяти всі тривалі депресії на затяжні та хронічні. При цьому затяжними вона називає затягнуті афективні фази, які в свою чергу поділяє на структурно прості (з типовими клінічними проявами ендогенної депресії) та поліморфні (з наявністю в клінічній картині виразних неврозоподібних та деперсоналізаційних проявів). Для затяжних депресій характерні спонтанні якісні ремісії. Хронічними авторка називає затяжні приступи з ознаками прегредієнтності, з виразною атиповістю депресивного синдрому і переважанням явищ “негативної афективності” без повних ремісій. Нозологічно “хронічні депресії” дослідниця відносить до прогресивних захворювань шизофренічного кола.

А. А. Пуховський [23] виділяє два варіанти перебігу хронічних депресій: з гострим та хронічним початком. 1) Варіант з гострим початком маніфестує, як правило, в молодому віці (10-28 років), і перебігає в два етапи: а) ініціальний етап з гостротою депресивних переживань у вигляді меланхолійно-тривожних, тривожно-іпохондричних та тривожно-деперсоналізаційних синдромів; характерні: іпохондричність, дисгармонійність депресивної тріади, наявність невротичної симптоматики, демонстративність; б) власне хронічний етап – зниження гостроти переживань, монотонність стану, формування постійного субдепресивного фону, тісно пов'язаного з особистістю; іноді виникають періодичні автохтонні або ситуаційні загостреннями. 2) Другий варіант характеризується трьохетапною послідовністю формування хронічної депресії: а) ініціальний етап починається поступово з субдепресивних розладів амбулаторного рівня. Характерні меланхолійно-адинамічні, апато-адинамічні, анестетичні прояви, дисгармонія депресивної тріади, іпохондричність, наявність невротичної симптоматики, деперсоналізації-дереалізації; б) виникнення гострого депресивного стану з тривожно-меланхолійною і тривожно-деперсоналізаційною симптоматикою, характерна значна інтенсивність тривожного компонента, аж до раптоїдних станів, наявність невротич-

них симптомів, дисгармонія депресивної тріади, деперсоналізація, вегетативні пароксизми, іпохондричність; в) власне хронічний етап – характеризується стиханням гостроти переживань, і формуванням субдепресивного фону, що набував характеру дистимічного розладу, клінічно мало відрізняється від ініціального етапу, з дещо більшою вираженістю апатичного компоненту. Проаналізувавши описані в літературі клінічні особливості хроніфікованих депресій, варто зауважити, що багато з них тісно пов'язані з особистісною сферою пацієнтів. Цей зв'язок підтверджується і роллю психотравмуючих обставин в становленні хронічного перебігу, і наявністю в клініці виразних невротичних симптомів, і “персоніфікацією” розладу на пізніх стадіях. Саме тому, на нашу думку, головні клінічні предиктори слід шукати саме в особистісній сфері пацієнтів.

Тим не менше, на сьогодні за даними літератури виділяють наступні групи клінічних предикторів хроніфікованих депресій: 1) різні синдромальні варіанти депресій, 2) окремі характерні симптоми, 3) особливості перебігу. На основі специфічної клініки і перебігу створено кілька варіантів типології затяжних депресій. Разом з тим, варто зауважити, що багато з виявлених клінічних предикторів є не цілком однозначними. Зокрема, різноманітність виділених синдромів не дозволяє впевнено пов'язувати їх з хроніфікацією депресій. Більше того, ряд дослідників висловлюють думку про відсутність конкретних клінічних ознак, властивих саме для хроніфікованих депресій [25, 42]. Це підтверджується і тим фактом, що навіть ті депресивні синдроми, які вважаються найбільш схильними до затягування, далеко не завжди набувають хронічного перебігу, а хроніфікуватись, як показує клінічна практика, може депресія з будь-яким провідним синдромом. Очевидно, що і окремі симптоми, які найчастіше зустрічаються при затяжному перебігу депресій, також не можна вважати облігатними ознаками лише цих станів. Попри наявність кількох варіантів типології, доводиться констатувати, що на сьогодні немає загальноновизнаної класифікації хроніфікованих депресій.

Разом з тим, проаналізувавши усі виділені особливості клініки хроніфікованих депресій, все ж, можна виділити одну спільну ознаку, з наявністю якої погоджуються більшість дослідників. Цією ознакою є атиповість клінічної картини, яка проявляється і стертістю афективної симптоматики, і наявністю неврозоподібних,

соматоформних, маячних проявів, і дисгармонією самого депресивного синдрому. Отже, найбільш характерною рисою хроніфікованих депресій вважається їх відмінність від класичних “ендогенних” варіантів депресій.

IV. Ендореактивні механізми хроніфікації депресій.

У зв'язку з вище сказаним деякі автори вважають, що хроніфіковані депресії являють собою неоднорідну в нозологічному плані групу захворювань [8, 9, 15, 24–27, 31, 38]. “На думку Kuhn, в цю групу входять крім ендогенних депресій такі захворювання як циклофренія, невротичні розвитки особистості, приховані органічні процеси головного мозку і навіть шизофренія” (цит. за І. Темковим, К. Кіровим [27]). Звертає на себе увагу той факт, що багато дослідників [3, 5, 6, 9, 24, 31, 34, 35], вивчаючи хронічні депресії, схильні зараховувати до їх числа варіанти, які виникали в структурі перебігу розладів шизофренічного кола. Однак, такий підхід видається недоцільним, оскільки значно розмиває фокус дослідження. Очевидно, що депресії при різних формах шизофренії пов'язані, так чи інакше, з іншими патогенетичними механізмами так званого прогресивного процесу (в сенсі “процесу” за К. Jaspers [47]). Таким чином, якщо відкинути розлади шизофренічного і органічного кола, які мають власні діагностичні критерії і які, в принципі, можна віддиференціювати, то ми повертаємось до особистісних механізмів в хроніфікації депресій. Їх роль підтверджується фактом, що більшість хронічних депресій мають реактивний початок, психогенії грають роль, як уже згадувалось, і в загостреннях при перебігу по типу “подвійної депресії”, і в підтриманні хронічного існування депресії, як один із суттєвих факторів хроніфікації.

У зв'язку з цим варто звернути увагу на роботи Н. Weitbrecht, який висловлює думку про поєднання ендогенного і реактивно-особистісного механізмів у генезі та клініці затяжних депресій. На його думку, часто спостерігається віталізація реактивних депресій, а психореактивні механізми можуть нашаровуватись на вже існуючу ендогенну депресію [4]. Про континуум перехідних форм між ендогенною і невротичною депресіями говорить і С. Н. Мосолов [20], на цій же, по-суті, континуальній теорії ґрунтується і класифікація депресій Р. Kielholz (1969). Механізм хроніфікації депресій за Н. Weitbrecht [59] полягає ще й у тому, що так звана “ендогенна” депресія веде до змін у структурі особистості хворого, на фоні яких вторин-

но розвивається хронічна депресія. W. Schulte (1969) пояснює причину її розвитку психогенним механізмом, коли хворий гостро відчуває власну неспроможність в досягненні своїх цілей і вимог, які він перед собою ставить. Природним наслідком такого усвідомлення є розчарування, яке підтримує і стабілізує хронічно існуючу депресію (за Р. Я. Вовніним та співавторами [6]). Про подібне “замкнуте коло” формування хронічної депресії писав і S. Kraines (1957), на думку якого: “ендогенні зміни можуть діяти як психічна травма і стимулювати виникнення психопатологічного невротичного механізму, котрий стає хронічним і підтримує депресію ... тривала госпіталізація сприяє ще більшій хроніфікації депресій” (цит. за Р. Я. Вовніним, І. О. Аксеновою [5]). Тут, по-суті, йдеться про нозогенне [14, 29] ставлення до діагнозу “депресія”, яке і “включає” особистісний компонент реагування.

Слід згадати і про „класичні” варіанти ендореактивних депресій [4 – 6, 12, 22], характерною рисою яких є саме схильність до хронічного перебігу (опис клініки наводиться за працею Р. Я. Вовіна і співавторів [6]):

1. Ендореактивна дистимія Вайтбрехта – починається як психогенна депресія, але згодом поступово “віталізується.” Особливостями клініки є переживання нудьги з похмурою драгітливостю, дисфоричність, скерованість назовні “вектора вини”, відсутність “первинного почуття провини”, схильність до іпохондрії.

2. Депресії розвантаження – виникають через кілька місяців після звільнення від чогось (наприклад роботи), завершення дії тривалих психічних навантажень, що стає своєрідною травмою, “головним патогенним фактором”, далі розвивається за ендогенними механізмами. Клінічно подібні до ендореактивних дистимій, але переважають симптоми млявості, астенії, переживання відкинутості, “відчуження” від життя.

3. Екзистенційні депресії – виникають після дії певного “ключового переживання”, що спричиняє крах життєвих планів і встановленого стилю життя (“екзистенційної катастрофи”), проявляються загальмованістю, страхом, вторинним почуттям провини, добовими коливаннями настрою, депресивним світосприйняттям, роздумами про невдале життя, важку долю, ретроспективною переоцінкою прожитого життя. Виникає “замкнуте коло”, яке веде до поступового поглиблення депресії. Подкоритов В. С., Чайка Ю. Ю. вважають ці розлади формуванням у хворих на ендогенні, невротичні депресії та інші

психічні захворювання своєрідної особистісної девіації [22].

4. Депресії виснаження Кільгольца – виникають у зв’язку з дією на людину повторних чи хронічних несприятливих зовнішніх обставин і тривалого психічного перевантаження. В клініці виділяють три стадії: 1)гіперстенічно-астенічну, 2)психосоматичну (з функціональними соматичними і вегетативними розладами) і 3) з розгорнутою депресивною симптоматикою. Характерними є значні розлади вегетативної нервової системи, апатичний фон настрою, розлади сну, статевого потягу, експлозивність, наявність компонентів депресивної тріади, іпохондричність, фіксація на психотравмуючих подіях.

5. Вегетативні депресії Лемке близькі за суттю і походженням до депресій виснаження, особливістю їх клініки є тривожно-депресивна симптоматика зі значними проявами вегетативних розладів, диссомнією, істеричною, іпохондричною, психастенічною симптоматикою. Характерні періодичні коливання вираженості симптоматики.

Наявність у вище описаних клінічних варіантів типових ознак хроніфікованих депресій є цілком очевидною. Таким чином, можна зробити висновок про те, що багато хроніфікованих депресій належить до так званих ендореактивних, в генезі яких грає роль як ендогенний, так і, значною мірою, психогенний (в тому числі і нозогенний), а отже, особистісний фактор, які в поєднанні ведуть до специфічного розвитку особистості [4, 8, 55, 56], що клінічно проявляється у вигляді різних форм хронічного “існування” в депресії. Особистісно-конституційний фактор, як уже згадувалось раніше, лежить і в основі більшості передумов хроніфікації, як то гетерогенна спадковість, коморбідність, особистісна структура пацієнтів, психо- і нозогенні моменти. Особистість пацієнта впливає і на клінічні ознаки хроніфікованих депресій, визнані предикторами хроніфікації (атиповість і “стертість” клініки з наявністю виразних невротичних, реактивних ознак, симптомів особистісних розладів, “персоніфікація” клініки хронічної депресії на пізніх стадіях). Разом з тим, залишається недостатньо зрозумілим, який саме особистісний фактор і які особистісні механізми лежать в основі хроніфікації.

Висновки

1. Перш за все, слід констатувати, що дані літератури стосовно хронічних депресій є доволі різноманітними, і по-суті – суперечливими. Це

стосується як самого визначення хронічного перебігу, так і його причин, передумов, механізмів хроніфікації і теорій, що пояснюють походження та динаміку цих станів. Хоча наведені дані досить різносторонньо характеризують затяжні депресивні розлади, але їх фрагментарність і суперечливість не дають достатньо повного розуміння природи цих станів. Дотепер немає єдиної визнаної концепції хронічних депресій, універсального розуміння їх типології, класифікації, динаміки, терапевтичних підходів.

2. В дослідженнях виділяються достатньо узагальнені риси хроніфікованих депресій, які зводяться, головним чином, до їх значної тривалості,

“депресивного стилю життя” і “депресивного розвитку особистості”, які визнаються невід’ємними ознаками хроніфікованих депресій.

Очевидно, що особистісний фактор, який грає вирішальну роль у хроніфікації депресій, є на сьогодні недостатньо вивченим і потребує подальшого ґрунтовного дослідження.

В. И. Пришляк, А.О. Фильц

ПРОБЛЕМА ХРОНИФИЦИРОВАННЫХ ДЕПРЕССИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ЧАСТЬ II

Львовский государственный медицинский университет

Вторая часть осмотра литературы посвящена изучению вопроса клинических предикторов хронических депрессий. Описаны характерные для таких состояний атипичные депрессивные синдромы. Выделены группы отдельных симптомов, чаще встречающихся при хроническом течении депрессий. Описаны особенности течения и варианты типологии затяжных депрессивных состояний и предположения об их нозологической неоднородности. Выдвигается идея об эндореактивных механизмах хронификации депрессий, непосредственно связанных с преморбидной личностной структурой пациентов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2007. — № 1 (17). — С. 99-105)

V. I. Pryshlyak, O.O. Filtz

THE PROBLEM OF CHRONIC DEPRESSIONS IN PSYCHIATRICAL INVESTIGATIONS PART II

State medical university by D.Galitsky, Lviv

The second part of our review is dedicated to the problem of clinic predictors of chronic depressions. The special attention is paid to atypical depressive syndromes, which are usual for such states. We pointed out groups of separate symptoms, which are the most frequent with the chronic course of depressions. We also described different variants of typology of chronic depressive states and made an assumption about different nosological belonging of these states. We postulate an idea about endoreactive mechanisms of the chronification of depressions which are connected directly with premorbid personality's structure of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 99-105)

Література

1. Авруцкий Г. Я., Мосолов С. Н., Шаров А. И. Сравнительная эффективность тимоаналептической терапии депрессивных и депрессивно-бредовых состояний при фазнопротекающих психозах // Социальная и клиническая психиатрия. — 1991. — №1. — С. 84 – 91.
2. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. — М.: Медицина, 1988. — 528 с.
3. Бондарь В. В. клинические особенности и типологическое деление резистентных к терапии эндогенных депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. — 1992. — Т.92, №1. — С. 84 – 88.
4. Вайтбрехт Х. Значение диагностики депрессивных синдромов // Депрессии: вопросы клиники, психопатологии, терапии. — М.: Базель, 1970. — С. 7 – 15.
5. Вовин Р. Я., Аксенова И. О. Затяжные депрессивные состояния. — Л.: Медицина, 1982. — 191 с.
6. Вовин Р. Я., Аксенова И. О., Кюне Г. Е. Проблема

терапевтической резистентности, атипичной, “стертой” клиники с наявностью гетерогенных щодо депресії симптомів, гетерогенної ж спадковості і преморбідної особистісної структури пацієнтів. Висловлюються ідеї про нозологічну відмінність від типових ендогенних депресій та неоднорідність затяжних депресивних станів. Припускається ендореактивний механізм їх формування.

3. Попри велику кількість виявлених кореляцій з певними рисами особистості та особистісними структурами і визнання ролі особистісних механізмів фіксації депресій, самим цим механізмам в дослідженнях приділяється досить мало уваги, незважаючи на те, що саме цей фактор грає вирішальну роль у формуванні “депресивного стилю життя” і “депресивного розвитку особистості”, які визнаються невід’ємними ознаками хроніфікованих депресій.

Очевидно, що особистісний фактор, який грає вирішальну роль у хроніфікації депресій, є на сьогодні недостатньо вивченим і потребує подальшого ґрунтовного дослідження.

хронизации психозов и преодоление терапевтической резистентности (на модели депрессивных состояний) // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. — М.: Медицина, 1989. — С. 151 – 182.

7. Войцех. В. Ф. О критериях прогноза депрессии // Журн. невропатол. и психиатр. — 1990. — Т.90, №4. — С. 71 – 75.

8. Громова В. В. К вопросу о резистентности к антидепрессантам // Вопросы психофармакологии. — М., 1976. — С. 95 – 105.

9. 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.

10. 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.

11. Днепровская С. В. Групповая психотерапия больных затяжными депрессиями // Восстановительная терапия психически больных. – Л., 1977. – С. 80 – 89.

12. Зорин В. Ю. Формирующиеся в условиях стрессогенной ситуации затяжные депрессивные состояния // Журн. невропатол. и психиатр. – 1996. – №6. – С. 23 – 27.

13. Ильина Н. А. Психопатология деперсонализационной депрессии // Журн. невропатол. и психиатр. – 1999. – Т.99, №7. – С. 21 – 25.

14. К проблеме нозогений / Смулевич А. Б., Фильц А. О., Гусейнов И. Г., Дроздов Д. В. // Ипохондрия и соматоформные расстройства (под ред. А. Б. Смулевича). – М., Изд. АМН СССР, 1992. – С. 111 – 124.

15. Кильгольц П. Лечение резистентных депрессий путем внутривенного введения антидепрессантов // Журн. невропатол. и психиатр. – 1990. – Т.90, №4. – С. 53 – 56.

16. Комплексна терапія затяжних депресивних розладів із застосуванням препарату фінлепсин / Сувало Б. П., Гульчій Б. М., Гуль А. Л., Вітик Л. М. // Архів психіатрії. – 2004. – Т. 10, №1 (31). – С. 27 – 28.

17. Механизм возникновения терапевтической резистентности при затяжных депрессивных состояниях / Сонник Г. Т., Шульга А. И., Иващенко Г. Е., Ковачев В. И. // Журн. невропатол. и психиатр. – 1990. – Т.90, №10. – С. 71 – 73.

18. Михаленко И. Н., Нуллер Ю. Л. Некоторые особенности клиники и лечения неблагоприятно текущих аффективных психозов // Вопросы клинической и организационной психоневрологии. – Томск, 1968. – С. 71 – 73.

19. Мороз С. М. Некоторые закономерности формирования резистентности депрессий // Архів психіатрії. – 2004. – Т. 10, №1 (36). – С. 105 – 108.

20. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. – 568 с.

21. Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. – Л.: Медицина, 1988. – 264 с.

22. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей. – Харьков: Торнадо, 2003. – 352 с.

23. Пуховский А. А. О некоторых клинико-психопатологических аспектах хронических депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. – 1993. – Т.93, №2. – С. 68 – 73.

24. Пчелина А. Л. Вопросы клиники депрессивных и депрессивно-параноидных состояний // Журн. невропатол. и психиатр. – 1980. – №9. – С. 1371 – 1376.

25. Пчелина А. Л. Психопатология затяжных эндогенных депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. – 1979. – №12. – С. 1708 – 1712.

26. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 429 с.

27. Темков И., Киров К. Клиническая психофармакотерапия. – М.: Медицина, 1971. – 356 с.

28. Тиганов А. С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики // Депрессия и коморбидные расстройства. – М., 1997. – С. 12 – 26.

29. Фильц А. О., Лобас Ю. М. Проблема нозогений: анализ концепцій та нові аспекти // Acta Medica Leopoliensia. – 2002. – V. 8, № 3. – С. 92 – 97.

30. Хиппиус Х. Синдромальная структура курабельных и резистентных к терапии депрессий // Депрессии: Вопросы клиники, психопатологии, терапии. – М.: Базель, 1970. – С. 129 – 135.

31. Шаманина В. М. К типологии депрессий при эндогенных психозах // Журн. невропатол. и психиатр. – 1965. – Т.65, №3. – С. 389 – 397.

32. Akiskal H. S. A proposed clinical approach to chronic and “resistant” depressions. Evaluation and treatment // J. Clin. Psychiatr. – 1985. – V. 46. – P. 32 – 36.

33. Akiskal H. S. Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes // Am. J. Psychiatry. – 1983. – V. 140. – P. 11 – 20.

34. Akiskal H. S., Cassano G. B. The impact of therapeutic advances in widening the nosologic boundaries of affective disorders: Clinical and research implications // Pharmacopsychiatry. – 1983. – V. 16, №9. – P. 111 – 118.

35. Akiskal H. S., Dong King, Rosenthal T. L. Chronic Depressions // J. Affect. Dis. – 1981. – №3. – P. 183 – 192.

36. Akiskal H. S., Hirschfeld R. M. A., Yerevanian B. I. The relationship of personality to affective disorders: A critical review // Arch. Gen. Psychiatr. – 1983. – V. 40. – P. 801 – 810.

37. Ananth J. Clinical prediction of antidepressant response // Int. Pharmacopsychiatry. – 1978. – V. 13, № 1. – P. 69 – 93.

38. Angst, J. Etiological and nosological considerations in endogenous psychosis // Monographie aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. – Springer, Berlin, 1966.

39. Asnis G. M., McGinn L. K., Sanderson W. C. Atypical depression: clinical aspects and noradrenergic function // Am. J. Psychiatry. – 1995. – V. 152. – P. 31 – 36.

40. Atypical depression among psychiatric inpatients: clinical features and personality traits / Derecho C. N., Wetzler S., McGinn L. K., Sanderson W. C., Asnis G. M. // J. Affect. Disord. – 1996. – V. 39. – P. 55 – 59.

41. Characterological depression: clinical and sleep EEG findings separating “subaffective dysthymia” from “character spectrum disorders” / Akiskal H. S., Rosenthal T. L., Haycal R. F., Lemmy H., Rosenthal N. H., Scott-Straus A. // Arch. Gen. Psychiatry. – 1980. – V. 37. – P. 777 – 783.

42. Clinical aspects of resistance to imipramine therapy / Angst J., Baumann V., Hippus H., Rothweiler R. // Pharmacopsychiat. Neuro-Psychopharmakol. (Stuttg.). – 1974. – Jg. 7, H. 4. – S. 211 – 216.

43. Course and treatment of atypical depression / Nierenberg A. A., Alpert J. E., Pava J., Rosenbaum J. F., Fava M. // J. Clin. Psychiatry. – 1999. – V. 59, suppl. 18. – P. 5 – 9.

44. Familial and developmental factors in characterological depressions / Rosenthal T. L., Akiskal H. S., Scott-Strauss A., Rosenthal R. H., David M. // J. Affect. Disord. – 1981. – V. 3. – P. 183-192.

45. Heimann H. Therapy-resistant depression. Symptoms and syndromes // Pharmacopsychiat. Neuro-Psychopharmacol. – 1974. – №7. – P. 145 – 155.

46. Helmchen H. Symptomatology of therapy-resistant depressions // Pharmacopsychiat. Neuro-Psychopharmacol. (Stuttg.). – 1974. – №7. – P. 156 – 159.

47. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie, 9 Aufl. Springer. – Berlin – Heidelberg – New York, 1975. – 738 S.

48. Joyce P. R., Paykel E. S. Predictors of drug response in depression // Arch. Gen. Psychiatry. – 1989. – V. 46. – P. 89 – 99.

49. Keller M. B. et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression // N. Engl. J. Med. – 2000. – V. 342, №20. – P. 1462 – 1470.

50. Klein D. F. The treatment of atypical depression // Europ. Psychiatry. – 1993. – V. 8, №5. – P. 251 – 255.

51. Liebowitz M. R., Klein D. F. Hysteroid dysphoria // Psychiat. Clin. N. Amer. – 1979. – №2. – P. 555 – 575.

52. Miller I., Norman W., Dow M. Psychosocial characteristics of “Double Depression” // Amer. J. Psychiatr. – 1986. – V.143, №8. – P. 1042 – 1044.

53. Moller H. J., Fisher Y., Ierssen D. V. Prediction of therapeutic response in acute treatment with antidepressants // Eur. Arch. Psychiatr. – 1987. – V.236, №6. – P. 349 – 357.

54. Predictors of relapse in major depressive disorder / Keller M. B., Lavori P. W., Lewis C. E., Klerman G. L. // JAMA. – 1983. – V. 250. – P. 3299 – 3304.

55. Reliability and validity of depressive personality disorder / Phillips K. A., Gunderson J. G., Triebwasser J., Kimble C. R., Faedda G., Lyoo I. K., Renn J. // Am. J. Psychiatry. – 1998. – V. 155. – P. 1044 – 1048.

56. Schrader G. Chronic depression: state or trait? // J. Nerv. Ment. Dis. – 1994. – V. 182. – P. 552 – 555.

57. The course of monopolar depression and bipolar psychoses / Angst J., Baastrup P., Grof P., Hippus H., Poldinger W., Weis P. // Psychiatr. Neurol. Neurochir. – 1973. – V. 76. – P. 489 – 500.

58. Weissman M. Acute and chronic depressions and depressive personality // Clinical depressions: diagnostic and therapeutic challenges (J. Frank, editor). – Baltimore, 1980.

59. Weitbrecht H. J. Die chronische Depression // Wien. Zschr. Nervenheilk. – 1967. – Bd.24, №4. – S. 265 – 272.

60. Winokur G. Unipolar depression // The Medical Basis of Psychiatry, 2nd ed. (G. Winokur, editor). – Philadelphia, W. B. Saunders, 1994. – P. 69 – 86.

Поступила в редакцию 20.05.2007