

УДК 616.89-008:616.85:616.831

*М.І. Пітик, О.М. Пітик, І.І. Краснополська***ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, МЕХАНІЗМИ ЗАХИСТУ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ**

Івано-Франківська державна медична академія

Ключові слова: депресивні розлади, механізми психологічного захисту, дисциркуляторна енцефалопатія, психотерапія

За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я частота депресивних розладів, відповідно до критеріїв МКХ-10, серед жителів Землі становить 3-4%, що означає, що від 120 до 160 мільйонів людей страждає на депресивні розлади і потребує лікування [1]. Актуальність дослідження цієї проблеми зумовлена як поширеністю депресивних розладів, так і суттєвим впливом цієї патології на якість життя та соціальне функціонування людини, а також найбільшим рівнем суїцидів серед цієї категорії хворих [2, 3]. Серед пацієнтів, що знаходяться під наглядом загальної медичної служби в Україні, 20-30% страждають на ті чи інші депресивні розлади [4]. Варто також враховувати, що коло пацієнтів, які потребують психіатричної, психотерапевтичної і медико-психологічної допомоги, постійно розширюється за рахунок тих осіб, в яких пограничні психічні розлади виникають

у зв'язку із соціально-кризовими ситуаціями [5, 6]. Останнім часом відмічається тенденція до зростання різноманітних атипових варіантів афективних розладів [7].

Патогенез депресивних розладів має складний, багаторівневий характер і відповідно в основу сучасних медикаментозних та немедикаментозних методів лікування хворих з депресивними розладами різноманітної етіології покладена корекція патогенетичних механізмів, які лежать в основі цих розладів [8, 9, 10]. В останні роки багато досліджень присвячені пошуку більш сучасних і безпечних методів лікування депресії органічного генезу [11, 12].

Метою роботи було дослідження патопсихологічних особливостей, механізмів психологічного захисту та якості життя при депресивних розладах у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію та пошук шляхів корекції вказаних розладів.

**Матеріал та методи дослідження**

Нами було обстежено і проліковано 18 осіб з депресивними розладами непсихотичного регістру, які приймали участь в ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС в 1986-1989 роках. Дослідження проводилось на базі неврологічного відділення обласної клінічної лікарні м. Івано-Франківська під час лікування або експертного обстеження хворих. Всі обстежені – чоловіки у віці від 39 до 52 років і до участі в ліквідації наслідків аварії були практично здоровими людьми. У всіх хворих був встановлений діагноз дисциркуляторної енцефалопатії I і II ступеня важкості. Використовували наступні методи дослідження: клініко-психопатологічний, який доповнювався струк-

турованим інтерв'ю, експериментально-психологічні методики («рахунок по Крепеліну», «відшукування чисел по таблицях Шульте», проба на запам'ятовування 10 слів, тобто досить чутливі в плані виявлення порушень пам'яті, працездатності, уваги, цілеспрямованої вольової активності методики, шкала Спілберга-Ханіна, тест кольорових виборів Люшера, ММРІ), визначення якості життя по шкалі Карповського. Для оцінки ефективності лікування стан обстежених оцінювався за 4-бальною системою: 0 – симптоми відсутні, 1 – легка ступінь вираженості симптому, 2 – помірна ступінь вираженості симптому, 3 бали – виражені розлади.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Депресивні розлади, виявлені нами у обстежених осіб, були співвіднесені з шифром за МКХ-10 F06.3 – органічні афективні розлади.

Вони виникали на фоні астеничної симптоматики, яка носила характер церебральної астенії і була співвіднесена з шифром F06.6 за МКХ-10

(органічний емоційно-лабільний розлад). Особливістю депресивних розладів було те, що вони не досягали рівня важких з вираженим депресивним афектом і супроводжувались в тій чи іншій мірі апатичними проявами. З'являлись песимістичні погляди на життя, почуття безцільності, безперспективності існування, втрата змісту буття, зниження ініціативи і втрата здатності отримувати задоволення від життя (ангедонія); підвищена втомлюваність, розсіяність уваги, неможливість сконцентруватись доповнювали клінічну картину. Поряд із зниженим афектом у хворих були встановлені зниження інтересів, енергійності і працездатності, байдужість, відсутність спонукань до діяльності, схильність до заниженої самооцінки і почуття впевненості в собі і своїх силах, в поодиноких випадках – ідеї винуватості, малоцінності, які не досягали психотичного рівня. У 5 хворих (27,8%) на висоті депресивного афекту з'являлись нестійкі ідеї винуватості, депресивна інтерпретація попереднього життєвого досвіду, окремі суїцидальні думки, які носили амбівалентний характер. У 8 (44,4%) хворих спостерігались прояви радіофобій і нозофобій. У 4 (22,2%) хворих депресивні розлади поєднувались з невдоволенням, подразливістю, прискіпливістю, гнівливістю, схильністю до афективного реагування. У всіх хворих були наявні диссомнічні розлади (порушення переважно нічного сну, який ставав поверхневим з частими пробудженнями і супроводжувався афективно насиченими, тривожними і страхітливими сновидіннями). Баланс між окремими епізодами легкого депресивного стану і періодами відносно звичайного стану був дуже варіабельним. Самі хворі вказували на тижні або дні, які вони розцінювали як нормальні, але більшу частину часу вони відчували поганий настрій, зниження енергійності, працездатності, втомлюваність: зі слів хворих «все стало дуже важким», «ніщо не приносить задоволення», «зовнішній світ втомлює», «немає ніяких перспектив на майбутнє», «існування безцільне», те, що раніше мало значення, втратило свою цінність.

У всіх обстежених хворих виявлялись тривожні розлади різного ступеня вираженості (F06.4). Ці прояви носили скоріше немотивований характер, почуття були дифузними, без конкретного змісту, хоча виявлялась тенденція до їх проектування на найближче оточення. Хворі виражали неспокій з приводу здоров'я і долі близьких і рідних, хвилювання і занепокоєння перед майбутніми невдачами, були суєтливими

і непосидючими, стверджували, що не можуть «розслабитись», заспокоїтись, з'являлась схильність до тужливих роздумів, інтрапсихічна переробка власних відчуттів. Внутрішнє хвилювання було більш виражене в вечірній і нічний час і значно посилювалось у випадках наявності психотравмуючих чинників і фруструючих ситуацій.

Як правило, безпредметна дифузна тривожність поступово проектувалась на найближче оточення. Хворі скаржились на відчуття внутрішнього неспокою, психологічного дискомфорту, виражали занепокоєність власним здоров'ям і здоров'ям близьких та рідних, надмірно хвилювались при найменших неприємностях та при незначних змінах в звичному стереотипі життя. Звертала на себе увагу тенденція до коливання рівня тривожності в залежності від обставин, і він наростав під вечір, при відсутності поряд рідних і близьких людей. Всі хворі критично ставились до немотивовано високої тривожності і часто стверджували, що скоріше за все мова йде про зміну їхнього відношення до оточуючого світу, про хворобливі відчуття, так як об'єктивно, очевидно, все залишилось як раніше і нічого не змінилось.

В процесі клініко-анамнестичного обстеження, структурованого інтерв'ю і на основі аналізу домінуючих механізмів психологічного захисту у досліджених хворих нами було встановлено нарцисичний (27,7%), депресивний (33,3%), параноїдний (22,2%), obsесивно-компульсивний (16,6%) типи особистісної організації. Більшість високофункціональних людей, а саме такими особистостями були обстежені нами пацієнти до захворювання, не вкладаються в рамки якогось одного типу особистісної організації, як правило, має місце комбінація особистісних типів. Однак завжди можна виділити тенденції, які переважають. Саме тому, переважання того чи іншого особистісного радикала дозволило нам говорити про типи особистісної організації обстежених пацієнтів.

Найбільш частим механізмом психологічного захисту у хворих з депресивним типом особистісної організації була інтроєкція – безсвідомо інтерналізація мотивів, потягів і вчинків інших, старих об'єктів любові. Ці обстежені тривало замислювались і прокручували в думках всі події, пов'язані з аварією, чому і яким чином вони опинились серед осіб, які приймали участь в ліквідації наслідків аварії, яким чином вони могли б уникнути цього, і в решті приходили до висновку, що вони чимось провинились перед

рідними, близькими, суспільством. Аналогічно у хворих з депресивною симптоматикою функціонував інший, менш архаїчний механізм захисту – обернення проти себе: у травмуючих і фруструючих ситуаціях з'являлось переконання, що джерело невдачі і всіх неприємностей і захворювань знаходиться в собі. Нарцисично організовані пацієнти найчастіше використовували ідеалізацію з подальшим знеціненням. Виражений конфлікт між перфекціоністськими вимогами і зниженням адаптивних можливостей на біологічному рівні, провал життєвих планів супроводжувались у них переживанням глибокого дефекту з включенням депресивного процесу. Оскільки пацієнти з обсессивно-компульсивною організацією особистості чи аналогічним радикалом в структурі іншої особистості були в преморбіді високофункціональними людьми і належали до невротичного рівня організації особистості, то зазвичай вони віддавали перевагу використанню зрілих форм сепарації афекту від когніції – раціоналізації, моралізації, інтелектуалізації. Однак в умовах біологічного зниження адаптивних можливостей ці захисні механізми набували вкрай ригідного і неадаптивного характеру, посилювали примирення і капітуляцію перед хворобою та її наслідками, очікування невдалого лікування і подальшого погіршення здоров'я, що також сприяло виникненню афективних розладів. У обстежених з параноїдною структурою особистості проекція (коли усі внутрішні негативні, неприйнятні якості і афекти розцінюються як загроза ззовні) була центральним і базовим механізмом захисту. Постійно існуюча внутрішня напруженість, дисфоричний відтінок настрою, недобррозичливість і похмурість, надмірна вимогливість до оточуючих, в поєднанні з таким захистом як проекція створювали тло для постійної роздратованості, запальності, вибуховості. Вказаний механізм захисту формував негативно забарвлені думки в недостатньо гарному відношенні, уявлення про провини суспільства і оточуючих в своїх хворобах, звинувачення їх у власних негараздах, особливо негативне ставлення до громадських установ.

Результати експериментально-психологічного дослідження свідчили про формування у цих хворих ознак підвищеної виснаженості, порушення розумової працездатності, уривчастого характеру та лабільності продуктивності їх діяльності. Зокрема, при виконанні методики «відраховування» затрати часу на кожну рахункову операцію різко коливались і розподілялись нерівномірно. Динаміка темпу сенсомоторних

реакцій за методикою «відшуковування чисел по таблицях Шульте» відображалась зигзагоподібною кривою. Динаміка оперативної пам'яті мала такий вигляд: перша проба – 5, друга проба – 6 і далі відповідно 9, 8, 8, 7 слів через півгодини. Нерівномірність темпу роботи, явища виснаженості найбільш наглядно виступали в 3 субтесті психічного контролю. Порушення концентрації та об'єму активної уваги чітко простежувались в «рахунку по Крепеліну» – помилки в рахунках, при використанні методики «відраховування» – значні помилки в десятках, по таблицям Шульте – пропуски окремих чисел, заміна чисел на подібні, в тесті візуальної репродукції – набирала 6-7, рідко 9 балів із 14 можливих.

Вивчення профілів особистості по ММПІ виявило наявність невротичної тріади (підйом по шкалах 2, 1, 3) з ведучим піком по другій шкалі (90Т балів) та одночасним підйомом по 7 шкалі до 85Т балів, що свідчить про наявність депресії з напруженням, тривогою, безсонням, підвищенням розумової втомлюваності, втрату продуктивності, впевненості в собі. Хронічно існуюче почуття дискомфорту і невпевненості, обережність, наявність вини і комплексу неповноцінності супроводжувались апатичними проявами і зосередженням на своєрідних соматичних скаргах. Розташування 4 шкали над рівнем 70Т балів поряд з підйомом по 7 шкалі підтверджує коливання настрою, емоційну лабільність, низьку стресорезистентність, риси залежності. Тріада тривоги була піднята вище 80Т балів, що свідчить про третій ступінь тривожності. Такий рівень тривожності в сукупності з високими показниками депресії свідчить про невротоподібний (вторинний) її характер, ні в одному випадку не спостерігали вираженої депресії, що могло б бути основою для судження про її ендогенну природу. З цими даними співпадають результати використання опитувальника Спілбергера-Ханіна: 50-60 балів, що також вказує на високий рівень особистісної та реактивної тривожності.

При обстеженні за допомогою тесту Люшера було виявлено відторгнення основних кольорів і висока ймовірність появи на перших позиціях кольорів 7, 0, 6. Ці дані свідчили про те, що обстежені вважали свою ситуацію безнадійною, шукали захисту від подразнення, демонстрували бажання відійти від проблем, заспокоїтись, відвернутись від життя з гірким почуттям відради до себе, не вірили в реальність надій, цілеспрямована діяльність стала для них джерелом тривоги, стресу, пригніченості.

При визначенні якості життя по шкалі Кар-

повського обстежених пацієнтів 55,6% були здатні піклуватися про себе, однак не могли вести звичайний спосіб життя або працювати (параметр №4), 44,4% пацієнтів часто потребували зусилля для нормального образу життя (параметр №3).

Базисне лікування включало антиоксиданти, антигіпоксанти, вазоактивні препарати, середники нейрометаболічної дії, а також специфічну психофармакотерапію – сучасний антидепресант із групи селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну флуоксетин, який призначався в дозах 20–60 мг на добу в залежності від вираженості розладів на протязі 4-х тижнів. При застосуванні флуоксетину побічних ефектів нами не спостерігалось.

Була проведена індивідуальна когнітивно-поведінкова та клієнт-центрована групова психотерапія, основана на принципах К. Роджерса 11 хворим (основна група), 7 хворим (група порівняння) психотерапія не проводилась. Достовірної різниці між вираженістю депресивних розладів в основній групі і групі порівняння до призначення лікування не було ( $p > 0,05$ ). Індивідуальна психотерапія проводилась з частотою 2-3 рази на тиждень на протязі 5 тижнів, групові заняття проводились з частотою 2 рази на тиждень.

Виходячи із специфіки індивідуальної психотерапії, її завдання були визначені наступним чином: усвідомлення і ідентифікація негативних способів інтерперсональної поведінки, неконструктивного характеру ряду відношень, установок, емоційних і поведінкових реакцій і їх зв'язок з різними психогенними впливами; надання емоційної підтримки, навчання подолання алекситимії і вербалізації своїх почуттів, що сприяє модифікуванню відношень, способів переживання, сприйняття відношень з оточуючими, розвитку більш гнучких схем реагування; корегування неадекватних реакцій і поведінкових стереотипів на основі нових когнітивних досягнень і можливостей.

Під час когнітивно-поведінкової терапії увага зосереджувалась на специфічних проблемах. За мету ставилось видозмінення негативних або само руйнівних автоматичних розумових процесів і сприйняття, які сприяли збереженню симптомів емоційних розладів. Між пацієнтом і терапевтом будувались співтовариські, майже колегіальні відносини. Терапевт не робив вигляд, що знає думки і почуття пацієнта, але пропонував йому самому дослідити і критично оцінити їх. Пацієнти таким чином як би самі вирішували

свої проблеми; вони здобували безпосереднього доступу до патернів сприйняття і мислення, які інтенсифікували неадекватні почуття і моделі поведінки, і вони ставали здатні самі змінювати ці патерни. Були використані такі методи поведінкової терапії, як реактивна експозиція і когнітивна інтервенція.

Групова терапія доповнювала індивідуальну, тут продовжувалась аналітична робота з пацієнтами. Техніка клієнт-центрованої психотерапії включала в себе перефразування важливих висловлювань, відображення важливих висловлювань, прояснення свідомого досвіду (дослідження разом з пацієнтом всього невизначеного, незрозумілого, протиречивого або незакінченого в інформації, яку він надавав), а також елементи конфронтації (звертання уваги пацієнта на ті аспекти його взаємодії з терапевтом, які вказували на невідповідність в функціонуванні, отже, ті аспекти, де працюють захисні механізми, мають місце протиречиві Я і об'єкт-репрезентації і знижено усвідомлення реальності) і інтерпретації (дослідження походження скритих активізованих конфліктів, природи діючих захисних механізмів, пов'язання актуальної поведінки пацієнта з його глибинними мотивами, тривогами, конфліктами), інтерпретації переносу (пов'язання того, що відбувалось з пацієнтом під час сеансу психотерапії з тим, що відбувалось з ним в минулому, прикладання всіх перерахованих аспектів техніки до актуальної взаємодії пацієнта і терапевта).

Результати лікування приведені в таблиці 1. Встановлено, що позитивний ефект від лікування спостерігався і в основній групі і в групі порівняння, однак при застосуванні психотерапії він виявлявся більш вираженим. Співставлення цих даних свідчить про складну взаємодію медикаментозного лікування та психотерапії при депресивних розладах у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію. Після проведеного лікування оцінка якості життя пацієнтів по шкалі Карповського показала, що в основній групі 18,2% пацієнтів були в стані вести звичайний образ життя з незначними проявами симптомів захворювання (параметр №2), а в групі порівняння збільшилась кількість пацієнтів, які потребували зусилля для нормального образу життя (параметр №3) з 45,5% до 71,4%. Це підкреслює необхідність застосування сучасних антидепресантів із групи селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну в комплексі з когнітивно-поведінковою та клієнт-центрованою психотерапією при депресивних розладах

у хворих з дисциркуляторною енцефалопатією.

В літературі останніх років вказується на те, що при лікуванні органічних, в тому числі судинних депресій, широко використовуються антидепресанти із групи селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну в комплексі з транквілізаторами, препаратами, які покращують мікроциркуляцію в церебральному судинному руслі, ноотропами, нейрометаболічними препаратами [9]. Показана ефективність застосування антидепресантів нового покоління при лікуванні депресивних розладів у хворих з судинною патологією [13]. Підкреслюється також необхідність застосування багатоетапної психотерапії при неврозоподібних розладах [14].

Ефективність застосування когнітивно-біхевіоральної терапії при лікуванні депресивних розладів була показана іншими авторами [15] по відношенню до зниження частоти та вираженості резидуальних симптомів депресії. Встановлено, що використання когнітивно-поведінкової психотерапії у пацієнтів з післятравматичним стресовим розладом сприяє редукції депресивної симптоматики (зміна заниженої самооцінки в бік підвищення, розширення соціальних контактів, підвищення рівня впевненості в собі, зменшення ознак ізолюваності), що свідчить про розширення адаптаційних ресурсів особистості і має прогностичне значення для подальшого протікання захворювання [16].

Таблиця 1

Ступінь вираженості (в балах) депресивних розладів у обстежених пацієнтів до і після лікування

Клінічні групи	До лікування	Після лікування	p
Основна група (n = 11)	1,82 ± 0,13	1,09 ± 0,09	< 0,001
Група порівняння (n = 7)	1,50 ± 0,25	1,25 ± 0,22	< 0,05

Таким чином, флуоксетин в комплексі з когнітивно-поведінковою і клієнт-центрованою психотерапією можуть бути успішно використані в лікуванні депресивних розладів у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію. Разом з цим, необхідно підкреслити, що терапія вказаних психічних розладів має носити комплексний характер з врахуванням співвідношення біологічних і соціально-психологічних факторів в структуруванні клінічної картини. Саме комплексна терапія сприяє підвищенню адаптаційних можливостей на біологічному і психологічному рівнях, покращує самопочут-

тя і соціально-психологічну адаптацію особистості, покращує якість життя хворих. Медикаментозні методи впливу на симптоматику мають включати в себе застосування препаратів, які володіють антиоксидантними, метаболічними, возоактивними властивостями, а також індивідуально підібрану комбінацію психотропних середників. Психотерапія обов'язково повинна бути включена в комплекс лікувальних заходів, вона сприяє відновленню рівня ідентичності, виробленню більш адекватних форм поведінки, розширенню адаптаційних можливостей особистості.

*Н.И. Питык, Е.Н. Питык, И.И. Краснополякая*

## ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, МЕХАНИЗМЫ ЗАЩИТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Ивано-Франковская государственная медицинская академия

Целью работы было исследование патопсихологических особенностей, механизмов психологической защиты и качества жизни при депрессивных расстройствах у больных дисциркуляторной энцефалопатией та поиск путей коррекции указанных расстройств. Представлены результаты клинико-психопатологического и экспериментально-психологического исследования 18 пациентов с депрессивными расстройствами. Показано целесообразность применения флуоксетина в комплексе с индивидуальной когнитивно-поведенческой и клиент-центрированной групповой психотерапией при указанных расстройствах. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 4 (14). — С. 96-101)

**PATHOPSYCHOLOGICAL FEATURES, MECHANISMS OF PSYCHOLOGICAL PROTECTION AND QUALITY OF LIFE IN DEPRESSIVE PATIENTS WITH DYSIRCULATORY ENCEPHALOPATHY**

Ivano-Frankivsk state medical academy

Aim of the work was the investigation of pathopsychological features, mechanisms of psychological protection and quality of life in depressive patients with dysirculatory encephalopathy and ways of correction. The results of clinico-psychopathological and experimental-psychological investigation of 18 depressive patients are given. The expediency of fluoxetine in the complex with individual cognitive-behavioral and client-centered group psychotherapy application was shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 96-101)

*Література*

1. Депресії в загальномедичній практиці: методичні матеріали / Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Пішель В.Я., Блажевич Ю.В., Дружинська О.В. / під ред. С.І. Табачнікова, І.Й. Влох – К., 2002.
2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – 398 с.
3. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение) / Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. // Мед. информ. агентство. – М., 2002. – 155с.
4. Игнатов М.Ю., Маркова М.В., Гриневич Е.Г. К вопросу о месте социальной психиатрии в общемединской практике // Журнал практического врача. – 2002. – №1. – С.8-10.
5. Актуальні проблеми психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф / Табачніков С.І., Гриневич Є.Г., Домбровська В.В., Маркова М.В., Шубін А.В., Лещенко О.М., Башинська І.М. // Архів психіатрії. – 2002. – №1 (28). – С.5-8.
6. Табачніков С.І., Ігнатов М.Ю., Маркова М.В. Психічне здоров'я населення України з точки зору фахівців соціальної психіатрії // Охорона здоров'я України. – 2002. – №78 (4). – С.14-17.
7. Ревенок А.А. Комплексное использование антидепрессантов химического и растительного происхождения при лечении больных с депрессивными расстройствами // Архів психіатрії. – 2001. – №4 (27). – С.176-179.
8. Пішель В.Я., Літвінов В.Б., Хоменко О.О. Нейробиологія депрессивних розладів // Архів психіатрії. – 2003. – Т.9, №1 (32). – С.49-52.
9. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. – Харьков: "Торнадо", 2003. – 350с.
10. Ian C. Reid and Caroline A. Stewart. How antidepressant work. New perspective on the pathophysiology of depressive disorder // British Journal of Psychiatry. – 2001. – №178. – P.299-303.
11. Влох І.Й., Животовська Л.В., Степаненко Л.В., Петрина Н.Ю., Мельник Д.В. Досвід застосування препарату деривон при лікуванні хворих з депресивними розладами судинного генезу // Архів психіатрії. – 2003. – Т.9, №1 (32). – С.81-83.
12. Wiart L., Petit H., Joseph P.A., Mazaux J.M., Barat M. Ffluoxetine in early poststroke depression. A double-blind placebo-controlled study // Stroke. – 2000. – 31. – P.1829-1832.
13. Казакова С.Е. Варианты депрессивных расстройств у больных с сосудистой патологией // Архів психіатрії. – 2003. – Т.9, №1 (32). – С.79-81.
14. Морозов А.М. Неврозоподобные расстройства и психотерапия при малых радиационных поражениях. – К.: Изд. "Логос", 1996. – 132с.
15. Казьмина О.Ю., Олейчик И.В., Зезюля Т.Н., Крылова Е.С. Когнитивно-бихевиоральная терапия резидуальных симптомов депрессии юношеского возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – Т.102, №9. – С.22-26.
16. Болотов Д.М. Эффективность применения когнитивно-поведенческой психотерапии у пациентов с ПТСР // Український вісник психоневрології. – 2003. – Т.11, вип.2 (53). – С.43-45.

Поступила в редакцию 11.05.2004