

УДК 616.895.8-06

*Ю.Ю. Чайка***К ПРОБЛЕМЕ ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ**

Харьковский институт усовершенствования врачей

Ключевые слова: постшизофреническая депрессия, постпсихотическая депрессия, параноидная шизофрения, приступ, ремиссия.

Как любое явление предметного мира, психические заболевания представляют собой динамические образования, детерминированные самыми различными факторами. Поэтому вполне закономерен процесс т.н. общего патоморфоза шизофрении, отражающий благотворное влияние цивилизация на судьбу душевнобольных [3]. Этот процесс характеризуется урежением грубопрогредиентных форм шизофрении, общим «депрессивно-апатическим сдвигом» клинической картины [55] и тенденцией к фазному протеканию процесса [54]. К тому же в современной психиатрии возник принципиально новый фактор — терапевтический патоморфоз, заключающийся в расслоении симптоматики [5].

Следовательно, изменения, возникшие в течение шизофренического процесса, закономерно приводят к выделению и описанию новых и измененных синдромов и симптомокомплексов. Одним из таких симптомокомплексов является и «постшизофреническая депрессия». Это понятие вошло в психиатрический лексикон в середине 70-х гг., но официальное признание получило лишь 10-м пересмотре МКБ [14].

Постшизофреническая депрессия (ПШД) выделена в самостоятельную рубрику — F 20.4, кластера F 2 — «шизофрения и бредовые расстройства» МКБ-10. ПШД представляет собой легкий или умеренный «депрессивный эпизод», длительностью от 2-х недель до 2-х лет, возникший после редукции параноидной симптоматики. Также указывается, что должны присутствовать «некоторые» шизофренические симптомы, как позитивные, так и негативные. В диагностических указаниях оговаривается неясность генеза постшизофренических депрессий.

В новой американской классификации DSM-IV [45] также впервые введена аналогичная рубрика 311.4 — «постпсихотическая депрессия» (ППД). В отличие от МКБ-10, эта рубрика относится к кластеру «расстройства настроения». В диагностических указаниях отмечается, что

ППД является «большим депрессивным расстройством», развивающимся, в резидуальной фазе шизофрении с сохранением ряда позитивных и негативных симптомов. Кроме того, подчеркивается «исследовательский характер» данной рубрики.

Впервые же проблема депрессивных состояний, развивающихся вслед за редукцией «основной» параноидной симптоматики при шизофрении, возникла в середине 50-х гг., после внедрения в психиатрическую практику аминазина. В литературе стали описываться (цит. по Смулевичу А.Б.) [16] «аминазиновые» депрессии. Эти депрессивные состояния квалифицировались как «психический вариант» нейролептического синдрома. На протяжении 60-х гг. в литературе появлялись отдельные публикации, посвященные аминазиновым депрессиям, в которых возникновение депрессивной симптоматики объяснялось опосредованно, как результат общей психофармакотерапии. Эти депрессии являлись результатом психофармакологического расщепления ведущего параноидного синдрома, при наличии ряда патопластических факторов: депрессивного личностного радикала и «измененной почвы» [8,16].

Впервые постшизофреническая депрессия, как самостоятельный полиэтиологический синдром, была описана в 1969 г. Heinrich K. [36] под названием «постремиссионный синдром истощения». А в 1970 г. Guses B. и Robins E. [35] выделили «вторичные депрессии при шизофрении». Kielholz P. в 1973 г. [42] в свете своей концепции континуальной классификации депрессий выделил «эндогенные шизофренические депрессии». И, наконец, в 1975 г. Fadda S. [32] описывает «постшизофреническую депрессию», а McGlashan T. и Carpenter W.T. [48] в 1976 г. — «постпсихотическую депрессию».

Таким образом, к началу 80-х гг. постшизофреническая депрессия была выделена в качестве самостоятельного синдрома и был очер-

чен круг вопросов: каков ее генез; какие симптомы входят в ее структуру и как соотносится постшизофреническая депрессия с процессом?

### **1. Генез постшизофренической депрессии.**

Признавая полиэтиологичность постшизофренических депрессий, различные авторы в качестве ведущего фактора выдвигали разнообразные гипотезы. Как показывает анализ литературных данных, основное внимание исследователей привлекала проблема генеза ПШД и, исходя из этого, можно выделить четыре подхода в решении данной проблемы.

Наиболее весомой оказалась «морбогенная» гипотеза развития ПШД. Но она по своей сути является неоднородной и выявляет самые различные точки зрения. Так, постшизофреническая депрессия может быть биологической реакцией на истощающий организм психоз [36]. Как проявление цикличности в течении шизофренического процесса [30]. Как фаза или этап в течении шизофрении с переходом симптоматики на более «мягкий» регистр [47,57,61]. Как сосуществование «шизофренической» и депрессивной симптоматики, которая «обнажается» по ходу редукции параноидного синдрома [28,54]. Или же как интегральная часть шизофренического процесса — депрессивный синдром, который возникает под воздействием некоего криптогенного фактора, и отражает определенный тип течения шизофрении [34,48,58].

Гипотеза «фармакогенного» генеза постшизофренических депрессий уже не является доминирующей, однако сторонники этого взгляда высказывают различные предположения. ПШД является фармакогенной в структуре терапевтического патоморфоза, приводящего к расщеплению параноидного синдрома с образованием депрессивных «хвостов» [51], сложных «шизоаффективных синдромов» [4] и смешанных резидуумов [38]. Или же ПШД представляет собой особый депрессивный вариант нейрорепитического синдрома, наравне с седативным и экстрапирамидным [56]. Или же ПШД является симптомом поздней дискинезии [28,57].

Следующая гипотеза представляет ПШД как проявление дефицитарной симптоматики. Как явление «негативной» шизофрении по Crow T. [29] или как симптом «микст» шизофрении по Andreasen N. [21,26]. Кроме того ПШД может быть «вторичным негативным симптомом» [27] в смысле концепции шизофренического дефекта по Huber G. [38].

В контексте личностно-реактивной гипотезы ПШД рассматривается как реакция личности на факт психического заболевания [30], как патологическая защитная личностная реакция [40], как реакция личности на социальную депривацию [39, 59]. Кроме того, ПШД рассматривается как заострение преморбидных особенностей личности [58] или же является разрешением конфликтов детского возраста [25,63].

### **2. Симптоматология постшизофренических депрессий.**

Разработке этой проблемы в западной психиатрии уделялось значительно меньшее внимание, описывались симптомы ПШД без четкой их синдромальной классификации. Постшизофреническая депрессия характеризуется тоскливым аффектом, идеаторной заторможенностью, идеями малоценности, чувством вины, суицидальными мыслями, тревогой, инсомническими расстройствами, чувством усталости, ангедонией [23,48,50,61]. Глубина депрессивного аффекта, по данным различных авторов [31,61], составляет не менее 12-18 баллов по шкале Гамильтона. К этим симптомам некоторые авторы [23,36] добавляют мрачный фон настроения. А Van Kammen D.P. [64] указывает на апатию. Кроме того, ряд авторов [44,52,57] пишут о наличии соматизированных расстройств в структуре ПШД. А Lindenvayer J.P. [47] указывает на присутствие других позитивных симптомов, в том числе и персекуторных идей. Хотя ПШД считается монотонным симптомокомплексом, некоторые авторы [27,53,61] указывают на положительный эффект сочетанной терапии в 50% случаев.

### **3. Соотношение ПШД с общим ходом шизофренического процесса.**

Большинством исследователей [31,59,61] было установлено, что постшизофреническая депрессия развивается в среднем у 25-30% больных непосредственно после редукции параноидной симптоматики или в течение ближайших 6 мес. после выписки из стационара. Такие демографические показатели как возраст, пол, социальный статус [34,61] на частоту возникновения ПШД влияния не оказывают.

В зависимости от течения шизофренического процесса было установлено, что ПШД развивается преимущественно при наличии ряда следующих факторов. Существование депрессивных эпизодов в преморбиде [53]. При более позднем манифестировании процесса [24]. При

менее яркой продуктивной симптоматике с более благоприятным течением [52,55,62] и превалированием параноидных форм шизофрении с частыми и одновременно непродолжительными госпитализациями [24,49]. Кроме того, было показано, что длительность ПШД по крайней мере в два раза превышает длительность параноидной симптоматики [41]. А развиваться ПШД может при различной глубине дефицитарной симптоматики [61].

Таким образом, к 90-м гг. в западной психиатрии был очерчен круг проблем, относящихся к постшизофренической депрессии. Большинство авторов [22,43,44,51] стали рассматривать ПШД как полиэтиологический симптомокомплекс с ведущим «морбогенным» фактором. А направление дальнейших исследований свелось к разграничению позитивных, негативных и нейрореплетических компонентов в структуре ПШД [43,44, 46,47]. Вопросам типологических вариантов постшизофренических депрессий внимания практически не уделялось. Лишь Becker R.E. [23] выделяет тоскливые и дистимические депрессии. А Mauri M.C. [51] описывает ремитирующее течение ПШД. В отечественной психиатрии проблема постшизофренических депрессий возникла лишь вначале 90-х гг. Генез и симптоматология ее решались аналогично западной психиатрии. Однако большее внимание уделялось типологии ПШД и соотношению ее с общим течением заболевания.

Ряд авторов [6,7,10] описывают различные типологические варианты ПШД: тоскливые, тосливо-апатические, астено-адинамические, тревожные, депрессивно-деперсонализационные.

А по отношению к общему течению шизофренического процесса были высказаны следующие точки зрения: ПШД является этапом в становлении ремиссии [10], отражает вялое течение процесса в межприступный период [6], представляет собой затяжной приступ с регрессом симптоматики на аффективный регистр [7] или же представляет собой аутохтонные эндоморфные аффективные фазы [15].

Следует отметить, что в отечественной психиатрии с 70-х гг. в структуре тимопатического типа ремиссий при приступообразной шизофрении описывались депрессивные структуры [1,2,5,9,12,19]. Специально они не изучались, т.к. традиционно основное направление исследований заключалось в изучении ремиссий с точки зрения прогноза трудоспособности и в зависи-

мости типа ремиссий от структуры предшествующего приступа. Однако так или иначе эти депрессивные структуры интерпретировались.

По поводу их генеза было высказано несколько гипотез. Эти депрессивные образования являются: 1) этапом созревания ремиссии [2] или новым явлением, обусловленным терапевтическим патоморфозом и заключающимся в стирании грани между приступом и ремиссией [1]. 2) Депрессивной фазой, отражающей вялое течение процесса в межприступный период [12,17], или указывающей на регрессионное течение заболевания, заключающееся в усложнении структуры ремиссии с одновременным упрощением картины приступа [5,9,19]. 3) Депрессивными изменениями личности после перенесенного приступа в виде «вторичной» или «нажитой» [1,11] циркулярности. А Сосюкало О.О. [18] считает депрессивные фазы «смешанными состояниями», отражающими неблагоприятное течение шизоаффективного психоза. Следует упомянуть и точку зрения Морковкина В.М. [13], который депрессивные состояния в ремиссиях расценивает как самостоятельные структуры, непосредственно не связанные с общим течением шизофренического процесса.

Описывая депрессивные образования в структуре ремиссий, все вышеперечисленные авторы считают их продуктивными симптомами, структурно сложными, сочетающимися с разнообразными симптомами других регистров. А именно: неврозоподобными — фобиями, сенестопатиями, ипохондрией [5,7]; деперсонализационными симптомами [6,10]. А также с симптомами бредового регистра: явлениями малого психического автоматизма [10], психотическими микроэпизодами [1], своеобразными бредовыми структурами «приближающимися к навязчивостям» [3].

Подводя итог анализу формирования и развития постшизофренической депрессии, необходимо указать на ряд важных моментов. Во-первых, в описании данного феномена ведущую роль сыграли следующие факторы: общий и лекарственный патоморфоз шизофрении [54], общий рост депрессивных состояний в популяции [20] и развитие диспансерной службы [4]. Во-вторых, 20-ти летний, но не очень интенсивный период, изучения постшизофренических депрессий, продемонстрировал как этиологическую, так и патогенетическую сложность данных состояний.

## ДО ПРОБЛЕМИ ПІСЛЯШИЗОФРЕНІЧНИХ ДЕПРЕСІЙ

Харківський інститут удосконалення лікарів

Відображена динаміка становлення та розвитку проблеми післяшизофренічних депресій. Окресленні можливі чинники розвитку цього симптомокомплексу. Проаналізовані різноманітні синдромологічні та нозологічні гіпотези цієї проблеми. Вказано на різні напрямки в подальшій розробці проблеми післяшизофренічних депресій. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1999. - № 1 (5). - С.117-121).

U.U. Chaika

## ON THE PROBLEM OF POSTSCHIZOPHRENIC DEPRESSIONS

Kharkov Advanced Training Institute for Doctors

Shown the dynamics of the occurrence and formation of the Problems of Post-Schizophrenic Depressions. The Probable causes of the occurrence and description of this symptom-complex were analysed. Different syndromological and nosological hypothesis have been analysed on the question of this problem. Different directions in the investigation of the problem of Post-Schizophrenic Depressions have been shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1999. - № 1 (5). - P.117-121).

### Литература

1. Абрамова И.В. Особенности аффективных расстройств в ремиссиях приступообразно-прогредиентной шизофрении // Журнал невропат. и психиатр.-1988.-Т. 88.-Вып. 5.-С.92-97.
2. Абрамова Л.И. О некоторых особенностях ремиссий у больных приступообразной шизофренией // Журнал невропат. и психиатр.-1991.-Т. 91.-Вып. 1.-С. 94-99.
3. Авруцкий Г.Я. Изменение клиники и течения психозов в итоге массовой психофармакотерапии и их значение для совершенствования лечебной помощи // Журнал невропат. и психиатр.-1979.-Т.79.-Вып.9.-С. 1387-1394.
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.Л. Лечение психически больных: руководство для врачей. -М.: Медицина. -1988. -528 с.
5. Ануфриев А.К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщение II. Клиническая систематика // Журнал невропат. и психиатр.-1978.-Т.78.-Вып. 8.-С. 1202-1208.
6. Вовин Р.Я., Гусева О.В. Тимический компонент негативного симптомокомплекса при шизофрении // Шизофренический дефект /Диагностика, патогенез, лечение/ -СПб. -1991. -С. 50-60.
7. Дмитриев А.С. Затяжные депрессии при МДП и приступообразной шизофрении. Автореф.дисс. ... д-ра мед.наук. -Л. -1991. -40 с.
8. Жислин С.Г. О некоторых клинических зависимостях, наблюдающихся при лечении нейролептиками // Журнал невропат. и психиатр.-1962. -Т. 6.2.-Вып. 2.-С. 161-169.
9. Кравченко Н.Е. Клиника рецидивирующей шизофрении // Журнал невропат. и психиатр. -1990. -Т. 90. -Вып. 7.-С. 56-61.
10. Кузьмичева О.Н. Особенности ремиссий приступообразной шизофрении, прерывающихся ранними рецидивами // Журнал невропат. и психиатр. -1990.-Т. 90.-Вып. 7.-С. 61-65.
11. Левинсон А.Я. Возникновение циркулярности, как проявление патоморфоза шизофрении // Журнал невропат. и психиатр.-1976.-Т.76.-Вып. 12.-0.1843-1847.
12. Мазаева Н.А., Абрамова И.В. Об одной из разновидностей течения приступообразной шизофрении с аффективными расстройствами в ремиссиях // Журнал невропат. и психиатр.-1986.-Т.86.-Вып. 5.-С. 719-725.
13. Морковкин В.М., Каплин Г.П., Ромель Т.Э., Губерман А.С., Мазурский М.Б. К вопросу о лекарственном патоморфозе шизофрении // Журнал невропат. и психиатрии.-1980.-Т.80.-Вып.5 - С. 745-749.
14. Международная классификация болезней /10-й пересмотр, МКБ-10 / Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб.:Адис.-1994. - С.118-123
15. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов -СПб: Медицинское информационное агентство.-1995. - С. 209-352.
16. Смулевич А.Б. К вопросу о депрессивных состояниях, возникающих в период лечения нейролептическими средствами. // Журнал невропат. и психиатр. -1961.-Т.61 -Вып.2.-с.236-245.
17. Снежневский А.В. Симптоматология и нозология. // Шизофрения. Клиника и патогенез. -М. Медицина.-1969.-с.5-29.
18. Сосюколю О.О. Клинические особенности смешанных аффективных состояний и их место в динамике эндогенных аффективных и шизоаффективных психозов // Журнал невропат. и психиатр. - 1989. - т.89. - Вып.12. - с. 59-63.
19. Сударева Л.О. Особенности течения приступообразной шизофрении в свете отдаленного анамнеза // Журнал невропат. и психиатр. - 1977. - т.77. - Вып. 1. - с. 103-109.
20. Adams С. Деятельность международного комитета по предупреждению и лечению депрессий // Журнал невропат. и психиатр.-1999. - т. 90. - Вып.4. - с. 46-50.
21. Andreasen N. Positive vs.negative shizophrenia // Sch.Bull. - 1985. - Vol.11,3. - P.380-389.
22. Barnes T.R. et al.How to distinguish between the neuroleptic-induced, deficitsindrom, depression and diseaserelated negative symptoms in shizophrenia // Int.Clin. Psychopharmacol. - 1995. - Sep.10. - Suppl.3. - Н. 115-121.
23. Becker R.E., Colliver J.A., Verhulst S.J. Diagnosis of secondary depression in schizophrenia // J.Clin. Phychiatry. - 1985. - Vol.6. - № 11, sect2. - p. 4-8.
24. Berrios G.E., Bullena A. Postpsychatic depression: The Fulbourn cobort // Actapsychiatr. scand. - 1987. - Vol. - 76., № 1. - p.89-93.
25. Breier A. et al. Eorly parental lass and development of adult psychopathology // Arch. gener. Psychiatry - 1988, 45, № 11. - p. 933-987
26. Bucci L. The negative symptoms of schizophrenia and monoamine oxidase inhibitors // Psychopharmacology. - 1987, 91, №1, - p. 104-108.
27. Carpenter W.T., Heinrichs D.W., Wagman A.M. Deficit and nondeficit form ofschizofrenia // Amer. J. Psychiatry. - 1988, 145, № 5. - p. 578-583.
28. Craig T.J. et al. Measurement of mood and affect in schizophrene inpatients. // Amer. J. Psychiatry. - 1985, 142, № 11. - p. 1272-1277.
29. Crow T. A current view of the Type II Syndrome // Brit.J.Psychiat.- 1989, 155 (suppl.7). - p. 15-20.
30. Docherty N.M. Affective reactivity of symptoms as a process discriminator in schizophrenia // J. Nerv. Ment. Dis. - 1996 sep: 184(9). - p. 53-54
31. Elk R., Dickman B.J., Teggin A.F. Depression in schizophrenia: A study of prevalence and treatment. // Brit.J.Psychiat. - 1986, 149 №8, - p. 228-229.
32. Fadda S., Muller C. La depression postschizophrenique. // Ann. med. psychol. - 1975, 133(2), № 1. - p. 65-71.
33. Fichtner Ch.G. et al. Cyclot hymic mood swings and schizophrenia // Amer. J. Psychiatry. - 1989. - Vol. 146, №9. - pl 149-1154.
34. Frank E., Kupfer D.J., Perel J.M. Early recurrnil in depression // arch.gener. Psychiatry. - 1989. - Vol. 46, №5, - p.397-400.
35. Guse S.B., Robins E. Suicide and primary affective disorbers // Brit.J.Psychiat. - 1970.-Vol. 117. - p 43 7-448.
36. Heinrich K. Atiopogische Gesichtspunkte in der Schizophrenie forschung // Hippokrates. - 1969, 31, May. - p 67-68
37. Hogarty G.E. et. al.Psychopharmacology depression disorders in schizofrenics patients. // Arch. Gen.Psychiatry. - 1995, 52. - p. 29-41.
38. Huber G., Gross G., Schuttler R. Schizophrenie. Eine

verlaufs und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. - Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg New York. - 1979, s. 398.

39. Jacob M. et al Recyrrent depression; An assessment of family burden and family attitudes // J. Clin. Psychiatry - 1987 - Vol. 48, № 10. - P. 395-400

40. Jarosz M. Patyljgiczne mechnizmy obronne osobowosci proda podziatu i interpretacje // Psychiatri. Pol. 1986, 20, №4, 454-460

41. Johnson D.A. studies of depressive symptoms in schizophrenia // Brit. J. Psychiat. 1981, 139, August P. 89-101

42. Kielholz P. Chronishe endogene Depressionen. Chronische endogene Psychosen. Hrsg. von Kranz H., Heinrich K., Stuttgart, 1973 - S.5-7

43. Kirkpatrick B. et al Depressive symptoms and the deficit syndrome of schizophrenia // J. Nerv. Ment. Dis. - 1994. Aug: 182 (8). P. 452-455

44. Kulhara P. et al Negative and depressive symptoms in schizophrenia // Brit. J. Psychiat. - 1988 - Vol. 154, № Febr. - P. 207-211.

45. Lam R.W. et al. The validity of atypical depression DSM-4 // Compr. Psychiatry - 1996. Nov Dec; 37 (6). P. 375-383.

46. Longlois - Thery Set. of Comparison of 2 depression states and their relationship with negative and akinetic symptoms in stadilized schizophrenia patients. // Encephale - 1994. Sep. - Oct., 20 (5). - 487-493.

47. Lindenvager J. P. et al. Schizophrenie patients with depression. // Compr. Psychiatry 1991 Nov. Dec, 32 (6). P. 528-533.

48. Me. Glashan T.N. Carpenter W.T. An Investigation of the Postpsychotic Depressive Syndrome. // Amer. J. Psychiat - 1976 - Vol 133, №1 - P. 14-19

49. Mameros A. et al Longterm outcome of schizoaffektive and schizophrenic Disorders // Europ. Arch. Psychiatry Neurol. Sci - 1989 - Vol. 238, №3. P. 118-125.

50. Martin R.L. et al Frequency and differential diagnosis of depressive syndrome in schizophrenia // J. Clin. Psychiatry 1985 - Vol 46, № 11, sect 2/ - P. 9-13

51. Mauri M.C. et al Depressive symptoms and schizophrenia a psychopharmacological approach. // Encephale. -1995 Sep. Oct. 21 (5). P. 555-558

52. Mandel M.R., Severe J.B. Development and prediction of postpsychotic depression in neuroleptic-treated schizophrenics // Arch. Gen. Psychiat. - 1982. - Vol 32 №2. - P. 197-203

53. Moller H.J., Zerksen D. Depressive Symptomatik im stationaren Behandlung sverlauf Von 280 schizopchrenen Patienten // Pharmakopsychiatrie - 1981, 14, №5, 172-179.

54. Mueller P.S. Increasing rates of depression // J. Amer. med. Ass. - 1989. - Vol 262, №7. - P. 899.

55. Muller P. Depressive Syndrome in Verlauf schizophrener Psychosen. Klinische Studi zur Psychopathologic and Pharmakogenese. F. Enke Verlag. Stuttgart. 1981, 81S<sup>1</sup>

56. Pietzeker A. Langzeitmedikatin bei schizophrener Kranken. // Nervenarzt. -1978, 49, № 9. S<sup>1</sup> 518-533.

57. Richardson M.A. et al. Tardive dyskinesia and depressive syndrome in schizophrenics // Psychopharmacol. Bull. - 1985. - Vol 21, №1, - P.130-135.

58. Richman J., Flaherty J. Coping and depression. // J. Nerv. Ment. Dis. - 1985.- Vol 173, №10. - P. 590-595.

59. Roy A. et al Depression in chronic schizophrenia // Brit. J. Psychiat. - 1983. - Vol. 142, Mag. - 465-470

60. Schanda H., Gabriel E. Position of affective symptomatology in the course of delusional psychoses // Psychopathology. - 1988. - Vol. 21, №4. P.1-11.

61. Siris S.G. et al Postpsychotic depression and negative symptoms; An investigation of syndromal overlap. // Amer.J. Psychiatry. - 1988. - Vol. 145, №12. - P. 1532-1537

62. Steinmeger E.M. et al Long- term outcome of schizoaffektive and schizopchrenic disorders // Europ. Psychiatry. Neurol. Sci - 1989. - Vol. 238, №3. - P. 126-134.

63. Tennant C. et al The relation of childhood separation experiences to adult depressive and anxiety states // Brit. J. Psychiat. - 1982. - Vol. 141, №11. - P. 475-482.

64. Van Kammen D.P. et al Lithium Treatment in Post-psychotic Depression // Brit. J. Psychiat. - 1980. - Vol. 136, Vay. - P. 479-485.

Поступила в редакцию 21.04.98г.