

## К вопросу о длительных многолетних депрессиях: клинико-психопатологические особенности и дифференциация затяжных депрессий

48

Дикая Т.И.

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

»»

Среди больных с пролонгированными депрессивными состояниями (60 человек) была выделена группа с затяжными эндогенными депрессиями, которые, несмотря на длительный многолетний характер течения, были ограничены во времени и заканчивались наступлением ремиссий хорошего качества. Клинико-психопатологическим методом обследовано 23 пациента в возрасте от 25 до 55 лет. На основании особенностей психопатологической структуры описано 2 подгруппы затяжных депрессий: "простые" затяжные депрессии, клиническая картина которых на всем протяжении определялась только депрессивными нарушениями по типу тоскливых, тревожных и адинамических депрессий; и полиморфные затяжные депрессии, характеризующиеся многообразием синдромальных проявлений с обязательным наличием в структуре депрессии невротических, сенесто-ипохондрических и/или деперсонализационных расстройств. Характерной особенностью изученных затяжных депрессивных состояний явилась их обратимость с последующим восстановлением прежнего социального статуса и возвращением к доболезненному качеству жизни. Обсуждается правильность квалификации затяжных депрессий и их динамики в рамках фазовых состояний.

Ключевые слова: затяжные депрессии, пролонгированные депрессии, определение, психопатология, клиническая дифференциация, фазовая динамика.

Among the patients with prolonged depressive states (60) the group with endogenous protract depressions was distinguished. These depressions in spite of their lingering long-standing course character were limited in time and remissions of good quality appeared.

Using clinical-psychopathological method 23 patients 25–55 ages were researched. Based on the peculiarities of psychopathological structure there were two subgroups of protract depressions described. 1. All along clinical picture of "simple" protract depressions were determined only by depressive disturbances such as melancholy, anxious and adynamic depressions. 2. Polymorphous protract depressions was characterized by the variety of depressive syndromes but for all that neurotic, senesthopathic — hypochondriacal and/or depersonalizing disturbances were obligatory. Characteristic feature of studied protract depressive states turned up their reversibility, renewal of previous social location and return to premorbid quality of life. The correctness of protract depressions qualification and their dynamics in the context of phase state are discussed.

Key words: protract depressions, prolonged depressions, definition, psychopathology, clinical differentiation, phase dynamics.

Проблема существования длительных многолетних депрессивных состояний не является новой. Описания "хронических меланхолий, длящихся более 16 месяцев", встречаются у психиатров уже в 70 гг. XIX века, а основоположник учения об аффективных психозах Эмиль Крепелин в 1904 г. указывал на возможность развития своеобразного "депрессивного дефекта", под которым понимал состояния, "которые никогда не кончаются, возникают после длительных депрессий, сопровождаются утомительным течением болезни со многими флюктуациями", а в тяжелых случаях — экзacerbациями в виде приступов" [15].

Развитие психофармакологии и появление антидепрессантов обнаружило, несмотря на лечение, сохранение у ряда больных депрессивной симптоматики в течение многих лет и одновременно выявило клиническую неоднородность длительных депрессий, поставив вопрос о необходимости их разделения на "затяжные" и "хронические". Описывая сходные состояния, исследователи давали им различные назва-

ния, отражавшие, в частности, мнение о том, что не всегда адекватная терапия антидепрессантами способствует хронификации депрессий: "хронические дистимические депрессии, бедные симптомами" [10], "неизлечимые депрессии" [8], а также "терапевтически-резистентные депрессии" [8, 16]. Последние не отграничиваются многими авторами от "неизлечимых депрессий" и в настоящее время. Вместе с тем существует точка зрения, что "не все терапевтически резистентные депрессии обязательно становятся хроническими, поскольку болезнь может привести к спонтанному выздоровлению" [20].

Со временем стали появляться термины, отражающие временные и клинико-психопатологические признаки хронических депрессий: "необратимые депрессии" [17], "протрагированные депрессии" [19], "характерологическая дисфория" [9], "двойные депрессии" [13], "затяжные депрессии". Многие психиатры считают, что затяжные и хронические депрессии являются сплавом аффективных и личностных



расстройств [1, 4]. Обилие терминов, применяемых ко всякой длительно текущей депрессии, несомненно связано с различиями в оценке этих состояний, что приводит, в свою очередь к смешению понятий затяжных, хронических и терапевтически-резистентных депрессий. Кроме того, далеко не все психиатры склонны разделять понятия “затяжная” и “хроническая” депрессия [7, 11]. Остается нерешенным вопрос о временном критерии, отражающем длительность течения тех и других состояний, и его определяющем значении для оценки характера депрессии. В настоящее время временной диапазон отнесения к затяжным депрессиям варьирует от 2,5–3 месяцев до 1–1,5 лет. В соответствии с DSM-IV, о хроническом течении депрессивного расстройства можно говорить только в том случае, когда симптомы заболевания сохраняются на протяжении 2-х и более лет. Если исходить из того, что под термином “хроничность” большинство исследователей подразумевают необратимость процесса, проявляющуюся в стереотипизации, застывании клинической картины и нарастании черт монотонности [3, 5, 6], то случаи депрессий с “затяжным” течением предполагают отсутствие таковых признаков в картине болезни, а также возможность излечения или спонтанного выздоровления. Некоторые авторы считают, что хроническому течению депрессий сопутствует повторность рецидивов, наличие резидуальной симптоматики в ремиссии, дебют расстройств в детском и пожилом возрасте, коморбидность с неаффективными психическими расстройствами и неадекватная терапия: несвоевременное начало лечения или его преждевременная отмена, использование недостаточных для купирования расстройства доз антидепрессантов [7, 12, 14, 18]. Остается неясным, типичны ли все вышеперечисленные признаки для клинических случаев с хроническим течением заболевания или же некоторые из них характерны и для затяжных депрессий. Поскольку в настоящее время в качестве основного критерия разграничения понятий затяжных и хронических депрессий предлагается временной фактор, возникает вопрос, всякая ли депрессия, продолжающаяся более 2-х лет, является хроническим заболеванием, и нельзя ли предположить возможность курабельности или же, напротив, хронификации депрессивного состояния на более раннем его этапе.

Несмотря на то, что в последнее десятилетие проблеме длительно текущих депрессий клиницисты уделяют все большее внимание, по-прежнему нет единства взглядов в отношении психопатологических критериев затяжных и хронических депрессий. В современной литературе освещаются вопросы клинического ведения, лечения пациентов, эпидемиологии затяжных депрессий, выступающих как социальное бремя для общества, подсчитываются экономические потери, связанные с утратой трудоспособности больных. Сохраняет актуальность тема “несовершенства” существующей классификации хронических депрессивных расстройств, в результате чего “диагностические критерии их продолжают оставаться предметом дискуссий” [14]. Предложенная ранее отечественными психиатрами типология длительно текущих депрессий [3, 5, 6], исходящая из особенностей их клинической картины и динамики, нуждается в уточнении.

Все выше перечисленное обусловило необходимость специального изучения этих вопросов, что и явилось целью настоящей работы.

В задачи исследования входили изучение особенностей психопатологической структуры длительно текущих эндогенных депрессий, особенностей клиники случаев, протекающих с данными состояниями, клинических предикторов их развития, а также выявление наиболее характерных диагностических критериев их клинической дифференциации.

#### материал и методы исследования

Данная работа основана на клинко-психопатологическом изучении группы больных с длительностью депрессивных расстройств от 1,5 лет и более. Все они к моменту исследования находились в депрессивном состоянии без признаков наступления ремиссии.

В соответствии с задачами и характером исследования в него вошли 60 больных с длительными депрессиями, в том числе 46 женщин и 14 мужчин в возрасте от 21 до 63 лет. Из них 57 находились на стационарном лечении в клинических отделениях Московской городской клинической психиатрической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева, 3 — были обследованы амбулаторно. Продолжительность изученных депрессивных состояний варьировала от 1,5 до 27 лет. Исходя из особен-

ностей клинической картины выделены 2 группы больных: 1-я — с **затяжной эндогенной депрессией**, которая, несмотря на ее длительный характер, была ограничена во времени последующим наступлением ремиссий хорошего качества (23 больных), 2-я — с **хронической эндогенной депрессией**, динамика которой имела непрерывный характер, перемежаясь лишь терапевтическими ремиссиями низкого качества с остаточной продуктивной симптоматикой (37 больных).

В данной статье мы коснемся психопатологии затяжных эндогенных депрессий. В эту группу больных вошли 19 женщин и 4 мужчин в возрасте от 25 до 55 лет. Длительность депрессивного состояния варьировала от 1,5 до 8 лет, в большинстве случаев (у 18 больных) она составила 2–3,5 года. Возраст больных к началу затяжной депрессии колебался от 20 до 54 лет, но преимущественно (у 16 больных) затяжная депрессия возникала в **интервале** от 30 до 40 лет.

#### результаты исследования

На основании особенностей психопатологической структуры затяжных депрессий были выделены две подгруппы больных: первая — с **“простыми” затяжными депрессиями** (10 человек) и вторая — с **полиморфными затяжными депрессиями** (13 человек). Картина “простой” затяжной депрессии на всем протяжении определялась только депрессивным аффектом и депрессивной триадой в рамках тоскливой, тревожной и апатической депрессии. Клиническая картина полиморфной затяжной депрессии отличалась многообразием синдромальных проявлений, динамичностью определяющих ее расстройств. У больных этой подгруппы на протяжении одного состояния можно было регистрировать смену различных депрессивных синдромов без четкой последовательности и закономерности. Отличительной чертой затяжных депрессий во 2-й подгруппе являлось также обязательное наличие в их структуре невротических и/или деперсонализационных нарушений.

У больных с **“простой” затяжной депрессией** психические расстройства были наиболее приближены к проявлениям классической депрессии и протекали по типу тоскливых [4], тревожных [3] и адинамических депрессий [3]. Их клиническая картина отличалась относительной простотой и однообразием синдромальной

структуры, незначительной динамикой депрессивных расстройств на всем протяжении депрессии, от случаев непродолжительных депрессий их отличало обязательное возникновение в картине одного типа депрессии психопатологических нарушений, характерных для иных типов эндогенной депрессии. Эти нарушения всегда были непродолжительными во времени, но проявлялись по-разному: в одних случаях они были рудиментарны, в других — в завершенном виде и на некоторое время полностью **“вытесняли”** основную симптоматику состояния. Так, для затяжных адинамических депрессий, которые почти не уступали по выраженности своих проявлений классическим апато-адинамическим, характерным являлось частое возникновение эпизодов тревожного аффекта в сочетании с двигательным беспокойством, достигающим до степени ажитации и острейших раптусов с суицидальными высказываниями и попытками. В ряде случаев подобные эпизоды тревоги регистрировались у больных с самого начала затяжной адинамической депрессии.

Клиническая картина затяжных тоскливых и тревожных депрессивных состояний у больных 1-й подгруппы практически не отличалась по психопатологическим проявлениям от картины, свойственной циркулярным депрессиям, особенно в периоды углубления тяжести депрессивной симптоматики. В случаях тоскливых “простых” затяжных депрессий наряду с витальным характером тоски с загрудинной локализацией, суточными колебаниями настроения, идеями самообвинения и самоуничтожения, с жалобами на невозможность сосредоточения и концентрации внимания отмечались двигательные, принимавшие порой характер субступорозных, нарушения, моторное оцепенение, что соответствовало картине классического меланхолического синдрома. В случаях тревожных “простых” затяжных депрессий в периоды наибольшей выраженности депрессивных расстройств помимо аффекта подавленности с тревожными опасениями беспредметного характера, предчувствием неминуемого несчастья или ощущением грозящей катастрофы, с жалобами на **“внутреннее беспокойство”**, отчаяние, безысходность и тревогу, локализованную в загрудинной области, и идеями самообвинения наблюдались состояния двигательного беспокойства. В части случаев они доходили до уровня ажитации и сопровождались суицидальными намерениями.



ми. Характерным признаком как для тоскливых, так и для тревожных затяжных депрессий являлось появление в их картине кратковременных эпизодов апатии и адинамии, которые на протяжении нескольких часов или дней выступали у пациентов в роли ведущих жалоб.

В динамике "простой" затяжной депрессии состояния с ярко выраженной "типичной" депрессивной симптоматикой и гармоничной депрессивной триадой сменялись периодами "видимого улучшения" (как правило, регистрируемыми в большей мере объективно, нежели самим больным), проявлявшимися значительной редукцией признаков идеомоторного торможения при сохранении у больных в прежнем объеме или незначительном уменьшении собственно гипотимических жалоб.

Во 2-й подгруппе больных с **полиморфными затяжными депрессиями** (13 человек) на начальном этапе, так же как и у больных 1-й подгруппы, их можно было квалифицировать как адинамические, тоскливые и тревожные. Однако в отличие от состояний, наблюдаемых у пациентов 1-й подгруппы, в 7 случаях уже с момента манифестации в структуре полиморфной затяжной депрессии присутствовали обсессивные расстройства, деперсонализационные нарушения, сенестопатии и ипохондрическая симптоматика, носящая характер сверхценных идей. В остальных 6 наблюдениях усложнение депрессии за счет присоединения выше указанных расстройств произошло спустя 3–9 месяцев от ее начала. Кроме того, у 4-х больных на высоте тревожного аффекта наблюдались отрывочные несистематизированные идеи отношения, которые имели тесную связь с аффектом и со снижением его экспрессивности быстро подвергались редукции.

Обсессивная симптоматика в структуре затяжных полиморфных депрессивных состояний в преобладающем большинстве случаев проявлялась навязчивыми опасениями, воспоминаниями и представлениями, степень выраженности которых находилась в прямой связи с аффектом. В некоторых наблюдениях приближались к уровню навязчивостей и периодически возникающие мысли о смерти и возможности ухода из жизни. В структуре затяжной полиморфной депрессии в 3-х наблюдениях имели место панические атаки с массивными соматовегетативными и конверсионными проявлениями, сопровождавшиеся формированием агорафобии.

В нескольких случаях отмечались фобии ипохондрического содержания, чаще всего со страхом смерти от остановки сердца. У больных 2-й подгруппы имели место смешанные варианты тревожно-депрессивного синдрома с сенестопатическими, ипохондрическими и деперсонализационными симптомами. Сенестопатические нарушения в виде "стягивания", "покалывания", "онемения" и "жжения" в различных частях тела отличались стойкостью, лишь иногда изменяясь в своей интенсивности, но ни в одном из случаев затяжной полиморфной депрессии они не приобрели бредового характера.

Деперсонализационные расстройства в структуре затяжных полиморфных эндогенных депрессий отличались разнообразием. В одних случаях речь шла об острых деперсонализационных состояниях с чувством душевной боли, выраженной соматопсихической деперсонализацией, возникавших на высоте тревоги и носивших, как правило, кратковременный характер, без тенденции к дальнейшему развитию.

В других — депрессивная деперсонализация была представлена в более легкой форме: чувство отчуждения ограничивалось явлениями "неистинности" эмоций с ощущением их приглушенности и уплощения, переживанием дефицитарности личностных качеств. Доминировало ощущение утраты эмоциональной сопричастности с внешним миром, "существования за преградой", сопровождавшееся тревожными опасениями необратимости этих изменений. Анестетические расстройства отличались нестойкостью и полностью подвергались редукции по мере обратного развития депрессии и значительного снижения ее глубины.

В 6-ти случаях в картине затяжных полиморфных депрессий можно было наблюдать также и дереализационные нарушения, которые тесно переплетались со сниженным настроением и чувством тоски. Восприятие окружающего приобретало депрессивно-окрашенный характер: мир представлялся мрачным, серым, лишенным яркости. По мере редукции депрессивных расстройств эти жалобы исчезали.

В периоды снижения глубины, определяющей клиническую картину симптоматики, у 12 больных депрессивные жалобы приобрели истерическую окрашенность, появлялась склонность к истерической драматизации своего состояния, заинтересованность в сострадании к себе со сто-

роны окружающих. Больные требовали повышенного внимания, стремились к продолжительным беседам с врачом, становились по-детски капризными, настаивали на более частом посещении их родственниками, обвиняли их в недостаточно внимательном и теплом отношении к ним, в недопонимании тяжести переживаемых ими расстройств. В то же самое время эти высказывания сочетались с обвинением себя в недостаточно заботливом и чутком обращении с родными. Такое сочетание самообвинения с идеями обвинения окружающих определяло разнонаправленность "вектора обвинения", описание которого встречалось в работах некоторых авторов [5], занимающихся проблемой хронических депрессий.

Кроме указанных особенностей, на протяжении затяжных полиморфных депрессивных состояний у 6-ти больных наблюдались кратковременные смешанные состояния и периоды атипичных гипоманий. Последние в части случаев приближались к состояниям, обозначаемым как "мания без мании" [2]. Больные становились излишне разговорчивыми, подвижными, контактными, много жестикулировали, тогда как собственно маниакальный аффект отличался блеклостью, и, несмотря на констатацию больными "состояния комфортности и благополучия", они не выглядели веселыми и радостными, а в ряде случаев обнаруживали признаки раздражительности и гневливости. Смешанные состояния длились в среднем от 7 до 15 дней. В преобладающем большинстве случаев у больных ярко проявлялись депрессивные идеи самообвинения.

В отличие от случаев с затяжными "простыми" депрессиями (1-я подгруппа больных), смена депрессивных синдромов во 2-й подгруппе проявлялась в форме синдромально различных по картине депрессивных состояний продолжительностью от 1 до 8 месяцев без всякого интервала сменявших друг друга. Смена депрессивных синдромов могла происходить как на фоне ослабления предшествующей депрессивной симптоматики, так и в отсутствии заметного снижения глубины ее проявлений. При этом у одного и того же больного на разных этапах затяжной полиморфной депрессии наблюдались как первый, так и второй варианты. Поэтому в случае затяжных полиморфных депрессивных состояний однозначное суждение о типе их динамики представлялось дос-

точно сложным, поскольку в полной мере они не удовлетворяли ни критериям "двойной депрессии" [13], ни ундулирующим депрессивным состояниям, ни депрессиям с персистентным типом течения. Затруднения в оценке типа течения таких затяжных депрессивных состояний у больных из 2-й подгруппы, по-видимому, являлись следствием изменчивости этих состояний, сопровождающихся разнообразием проявлений, отсутствием монотонности и "застывания" их картины в целом.

Начало затяжной депрессии в обеих подгруппах определялось с момента обращения пациентов к частнопрактикующим психотерапевтам или психиатрам, реже — с начала амбулаторного лечения в психиатрическом диспансере. Необходимость в госпитализации возникала при несистематическом лечении или же после курса терапии с использованием недостаточных для купирования депрессивного состояния доз антидепрессантов. Многие пациенты (14 человек) на начальном этапе депрессии избегали обращения к психиатрам, видели причину своего сниженного настроения в ряде личных или профессиональных неудач, долгое время пытались справиться с депрессией самостоятельно. В 11 наблюдениях из 23 перед развитием депрессии имелась довольно типичная психотравмирующая ситуация, связанная с трудноразрешимыми семейными конфликтами.

Ретроспективный анализ выявил преимущественно постепенное нарастание признаков депрессии. В начале состояния больных определялось аффективной лабильностью, в картине которой периоды несвойственной им прежде замкнутости и стремления "нести свои неприятности внутри себя" чередовались с периодами повышенной разговорчивости, порой даже болливости, после которых наблюдалось некоторое ослабление подавленности. Характерным для начала затяжной депрессивной фазы являлось "бегство в работу". Однако в последующем с утяжелением депрессии больным становилось трудно справляться с работой, появлялись признаки тревоги и бессонницы, немотивированный страх, которые вместе со значительным снижением трудоспособности заставляли их обращаться к психиатрам. Затем возникал аффект тоски, неприятные ощущения в груди и настроение становилось стойко сниженным. Далее картина депрессии приобретала вышеописанные особенности, характерные для каждой из подгрупп.



Как правило, в поле зрения врачей стационара больные с затяжной депрессией попадали спустя год-два от ее начала. Однако еще задолго до поступления в больницу тяжесть депрессивной симптоматики далеко выходила за рамки амбулаторного уровня, а в ряде случаев ее выраженность полностью соответствовала критериям "тяжелого депрессивного эпизода" по МКБ-10.

В большинстве наблюдений на фоне проводимой антидепрессивной терапии уже спустя 3–4 недели отмечалось значительное уменьшение интенсивности признаков идеомоторной заторможенности, наблюдавшейся в картине затяжной депрессии. Однако жалобы гипотимического характера как бы "застывали" на одном уровне и сохраняли ту же степень выраженности еще в течение 2–4 месяцев. При этом в переживаниях больных отчетливо продолжала звучать тема психотравмирующей ситуации, возникшей накануне затяжной депрессии. Как правило, только спустя 3–6 месяцев с момента стационарирования состояние больных позволяло переводить их на амбулаторное лечение.

У 10 больных (6 из 1-й подгруппы с "простыми" затяжными депрессиями и у 4 из 2-й с полиморфными затяжными депрессиями) к моменту выписки можно было говорить о практически полном обратном развитии депрессии. После выписки из стационара эти больные возвращались к профессиональной деятельности, справлялись со своими обязанностями, не испытывали серьезного дискомфорта в межличностных отношениях. Они не регистрировали у себя снижения общего жизненного тонуса или ощущения своей измененности. По миновании затяжной депрессии эти больные не обнаруживали черт характера, свойственных гипотимным личностям, с развитием стойкой депримированности и пессимистического мировоззрения. В 3-х случаях из 10 (1 — из 1-й подгруппы, 2 — из 2-й) по окончании депрессии отмечалось легкое длительное гипоманиакальное состояние, проявляющееся не столько приподнятым настроением, сколько повышенной активностью в деятельности и предприимчивостью. Следует оговориться, что все трое и до развития затяжной депрессии отличались активностью, стеничностью и экстравертированностью.

Для других 13 пациентов, преимущественно из 2-й подгруппы с полиморфными затяжными депрессиями, был характерен медленный выход из депрессивного

состояния с выявлением легких истерических проявлений в период значительного ослабления глубины депрессии. После выписки они не ощущали себя достаточно здоровыми, при этом оптимизм и работоспособность окружающих обостряли чувство их собственной неполноценности. Усиливалось тревожное или тоскливое настроение с чувством вины. Эти больные уже в начале депрессии обнаруживали инфантильную зависимость и привязанность к врачу. У некоторых из них, преморбидно отличавшихся чрезвычайной сензитивностью и ранимостью, после выписки из стационара еще на протяжении почти полугода имели место различной степени тяжести ухудшения состояния под влиянием психотравмирующих обстоятельств. Нередко причиной усиления депрессивной симптоматики являлось снижение дозировок антидепрессантов или прекращение их приема. Спустя 4–6 месяцев после выписки из стационара у больных с литическим выходом из депрессии наступала ремиссия хорошего качества.

Главной характерной особенностью изученных нами затяжных депрессивных состояний была их обратимость с последующим восстановлением прежнего социального статуса больных, доболезненного уровня качества жизни с возвращением прежней способности радоваться и сохранением прежнего жизненного тонуса. 14 пациентов из 23-х после затяжной депрессивной фазы продолжали работать без снижения профессиональной квалификации, у 2-х наблюдался профессиональный рост. 5 больных, работавших ранее в частных организациях, были вынуждены перейти на менее престижные должности в связи с длительными госпитализациями и большим перерывом в работе. Смена места и рода деятельности в данных случаях диктовалась излишне жесткими требованиями со стороны администрации и жестокой конкуренцией среди сотрудников современных компаний. Ни в одном из наблюдений разница между старыми и новыми профессиональными обязанностями не была разительной и позволяла больным удержаться в прежней социальной и профессиональной "нише".

И только две больные из 23-х были переведены на II группу инвалидности, но следует отметить, что, находясь на инвалидности, обе пациентки довольно активно исполняли роль домохозяек и в поведении и высказываниях не обнаруживали

заметных для родственников и окружающих признаков сниженного настроения. Несмотря на видимую обратимость депрессивных состояний с затяжным течением и на отсутствие после них личностных изменений, мы все же склонны придерживаться точки зрения, что ни одна затяжная депрессия, не проходила бесследно. У некоторых больных после перенесенного затяжного депрессивного состояния можно было регистрировать незначительное заострение преморбидных личностных черт, чаще всего — сензитивных, что проявлялось усилением неуверенности в собственных силах, повышенной тревожности в тяжелых ситуациях. У части больных в ремиссии отмечались незначительные колебания настроения с преобладанием пониженного в случаях столкновения со значимыми жизненными препятствиями, однако пациенты, как правило, самостоятельно справ-

лялись со сложившейся ситуацией. Наряду с периодическим снижением настроения "по понятным причинам" у некоторых больных наблюдались также и аутохтонные сезонные колебания настроения в виде четко очерченных коротких депрессивных фаз циклотимического уровня, которые, однако, существенно не влияли на качество жизни больных и легко купировались в амбулаторных условиях. Подобные колебания настроения отмечались у больных и до развития затяжной депрессии.

В целом особенности выхода из затяжной эндогенной депрессии у больных показали, что большинство из них вернулись к доболезненному статусу и уровню качества жизни, не приобрели признаков, которые бы свидетельствовали о негативных личностных изменениях, что позволяет расценивать динамику данных депрессивных состояний как фазовую.

#### литература

1. Дубницкая, Э. Б. К вопросу адекватной терапии затяжных реактивных депрессий / Э. Б. Дубницкая // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. Т. 2. № 4. С. 102–104.
2. Морозова, М. А. Клинические особенности эндогенных аффективных психозов с преобладанием маниакальных состояний / М. А. Морозова // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1989. № 4. С. 82–87.
3. Панюшкина, Н.П. Хронические депрессивные состояния (клиника, лечение, реабилитация): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1980. — 25с.
4. Панюшкина, Н.П. О гипотимном развитии личности / Н.П. Панюшкина, Б.А. Целибеев // Тез. Доклады 3 Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. — М., 1974. Т. 2. С. 115–117.
5. Пуховский, А.А. Хронические депрессии (психопатология, клиника, терапия): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1992. — 25 с.
6. Пчелина, А.Л. Затяжные эндогенные депрессии, вопросы психопатологии, клиники и терапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук — М., 1980. — 24с.
7. Смулевич, А.Б. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4. № 4. С. 128–132.
8. Achte, K. Incurable Depressions / K. Achte // Pharmakopsychiat. NeuroPsychopharmakol. 1974. Jg. 7. №. 3. S. 169–177.
9. Akiskal, N.S. Chronic depression / N.S. Akiskal // Bulletin of Meninger Clinic. 1991. Vol. 55. № 2. P. 156–171.
10. Huber, G. Reine Defektsindrome und Basisstadien endogener Psychosen / G. Huber // Fortachr. Neurol. Psychiat. 1966 Bd. 34. S. 409–415.
11. Judd, L.L. The clinical course of unipolar major depressive disorders / L.L. Judd // Arch Gen Psychiatry. 1997. № 54. P. 989–991.
12. Keller, M.B. Results of the DSM-IV mood disorders field trial / M.B. Keller, D.N. Klein, R.M. Hirschfeld, J.H. Kocsis et al // Am J. Psychiatry. 1995. № 152. P. 843–849.
13. Keller, M.B. Double depression: superior position of acute depressive episodes on chronic depressive disorders / M.B. Keller, R.W. Shapiro // Am J. Psychiat. 1982. Vol. 139. P. 438–442.
14. Kornsten, S.G. Chronic depression in women / S.G. Kornsten // J Clin Psychiatry 2002, July. 63 (7)6 P. 602–609.
15. Kraepelin, E. Introductory Lectures on Clinical Psychiatry. (1904) / E. Kraepelin // Manic — depressive illness. History of a syndrom. — New York : International Universeity Press, 1977. P. 9–32.
16. Kruger, E. Überlegungen aus sogenannten "chronischen" bzw. "therapieresistenten" Depression / E. Kruger, M. Nitzache, J. Kuhn et al. // Psychiatr. Neurol. med. Psychol. 1988. Bd. 40. № 9. S. 523–531.
17. Linden, M. ChronischKranken Patienten: Krankheitskonzept und Selbstgestimmung / M. Linden // H. Helmchen, H. Hippus (Hrsg.) Psychiatrie für die Praxis 7. 1988. S. 159–162.
18. Riso, L.P. The search for determinants of chronic depression, a review of six factors / L.P. Riso, R.K. Miyatake, M.E. Thase // J. Affective Disorders 2002 July. № 70 (2). P. 103–115.
19. Schulte, W. Zum Problem der protrahierten melancholischen Phasen / W. Schulte // Melancholie in Forschung Klinik und Behandlung. Stuttg. GTV. 1969. S. 17–21.
20. Scott, J. Chronic Depression / J. Scott // Br. J. Psychiat. 1988. Vol. 153. P. 287–297.