

Чайка Ю. Ю.

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (г. Харьков)

## К ПОСТАНОВКЕ ПРОБЛЕМЫ СИНДРОМОТАКСИСА УНИПОЛЯРНОЙ ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИИ

### Сообщение 2

Мы продолжаем цикл публикаций, посвященных синдромотаксису монополярной эндогенной депрессии. В первом сообщении мы анализировали понятия «периодичность», «тип течения», «вариант течения», «стадия течения» по отношению к аффективной патологии, а также рассмотрели первый вариант течения эндогенной монополярной депрессии — «классический». Во настоящем сообщении охарактеризованы особенности течения «инволюционного» и «гетерогенного» вариантов эндогенной депрессии. В заключительном — 3-м сообщении мы выскажем свои теоретические соображения по проблеме процессуальности и нозологической самостоятельности монополярной эндогенной депрессии.

(Продолжение, начало см. Т. 13. вып. 2(43) — 2005 г.)

**2 группа.** Униполярная эндогенная депрессия с аффективным началом и манифестом в зрелом возрасте. Данная группа состояла из 11 пациентов (женщин — 9, мужчин — 2) в возрасте  $70,01 \pm 1,97$  лет, у которых заболевание манифестировало в  $47,45 \pm 1,36$  лет, а его длительность на момент обследования достигала  $22,9 \pm 2,09$  года. Продолжительность начальной стадии составляла  $14,73 \pm 1,73$  лет. Отдаленная стадия возникала в возрасте  $61,5 \pm 2,57$  года, а ее длительность на момент обследования достигала  $9,57 \pm 1,72$  лет. Кроме того, у двух пациентов этой группы отмечалась заключительная стадия синдромотаксиса.

Анализ количества, длительности и клинической структуры фаз, развивающихся на различных стадиях заболевания, позволил выявить следующую закономерность. При переходе течения заболевания с начальной на отдаленную стадию происходило сокращение количества фаз ( $\varphi^* = 2,85$ ,  $p < 0,01$ ), без изменения их длительности ( $t = 0,51$ ,  $p > 0,05$ ) (табл. 1).

Таблица 1

**Средняя длительность и количество фаз  
в зависимости от стадии заболевания  
(во 2-й группе)**

Стадия заболевания	Среднее количество фаз ( $M \pm m$ )	Количество фаз		Средняя длительность фаз ( $M \pm m$ ), мес.
		n	%	
Начальная	$1,91 \pm 0,28$	21	67,74	$8,42 \pm 1,47$
Отдаленная	$1,3 \pm 0,68$	10	32,26	$6,73 \pm 2,84$
Всего	$2,72 \pm 0,66$	31	100	$7,9 \pm 1,43$

На начальной стадии заболевания (всего 21 фаза) нами было выделено пять клинических вариантов фаз: депрессивно-параноидные (с бредом греховности или ипохондрическим бредом) — 7 (33,3 %), депрессивные с бредовыми идеями самообвинения — 4 (19,0 %), тревожно-апатические (со сменой агитации и субступора) — 5 (23,8 %), тревожно-тоскливые — 4 (19,0 %) и астено-депрессивные — 1 (4,8 %) фазы. На отдаленной стадии заболевания (всего 10 фаз) доминировали структурно сложные тревожно-тоскливо-апатодистимические —

9 (90,0 %) фазы, а еще одна фаза была депрессивно-параноидной. Помимо того, на начальной стадии (из 21 фазы) доминировали фазы психотического уровня — 14 (66,7 %), субпсихотических фаз было 4 (19,0 %), а амбулаторных — 3 (14,3 %). На отдаленной стадии возникали фазы преимущественно амбулаторного уровня — 7 (70 %), а остальные три фазы были психотического — 2 (20 %) и субпсихотического — 1 (10 %) уровней.

По отношению к провоцирующим моментам фазообразования были получены следующие данные: в 41,7 % случаев фазы возникали после значимой психогении, в 33,3 % — спонтанно, в 20,8 % после условной психогении и в 4,2 % случаев фазы провоцировались соматопсихогенно. В отличие от предыдущей группы\*, зависимость между провоцирующими моментами и стадией заболевания отсутствовала.

Анализ количества, длительности и клинической структуры ремиссий, развивающихся на различных стадиях заболевания, позволил выявить определенную закономерность. При переходе с начальной к отдаленной стадии течения ни количество ремиссий ( $\varphi^* = 1,55$ ,  $p > 0,05$ ), ни их длительность ( $t = 0,52$ ,  $p > 0,05$ ) существенно не изменялись (табл. 2).

На начальной стадии заболевания (всего 13 ремиссий) нами было выделено три их клинических типа: ремиссии «с заострением тревожного радикала личности» — 5 (38,4 %), ремиссии «с нерегулярными стертыми колебаниями аффекта тревожно-астенической структуры» — 4 (30,8 %) и «полные»

Таблица 2

**Средняя длительность и количество ремиссий  
в зависимости от стадии заболевания  
(во 2-й группе)**

Стадия заболевания	Среднее количество ремиссий ( $M \pm m$ )	Количество ремиссий		Средняя длительность ремиссий ( $M \pm m$ ), мес.
		n	%	
Начальная	$1,44 \pm 0,17$	13	61,9	$115,07 \pm 19,19$
Отдаленная	$1,14 \pm 0,14$	8	38,1	$95,5 \pm 12,6$
Всего	$2,18 \pm 0,26$	21	100	$107,95 \pm 12,98$

\* См. Том 13, вып. 2(43) — 2005: 1 группа — униполярная эндогенная депрессия с аффективным началом и манифестом в молодом возрасте.

ремиссии — 4 (30,8 %). На отдаленной стадии из 8 ремиссий 7 (87,5 %) протекали «с нерегулярными автохтонно-реактивными стертыми волнообразно-фазными колебаниями аффекта тревожно-дистимической структуры», а одна ремиссия отличалась «поздней циркулярностью с колебаниями аффекта от дистимического к благодушному». Кроме того, у двух больных наблюдалась заключительная стадия с хроническим течением апато-тоскливо-дистимического и тревожно-ипохондрического аффекта, что может свидетельствовать об общности синдромотаксиса.

Как следует из анализа приведенных клинических данных, синдромотаксис второго вида униполярной эндогенной депрессии характеризуется следующими клиническими закономерностями. Заболевание манифестирует в инволюционном (46—50 лет) возрасте преимущественно у лиц женского пола и протекает в виде двух последовательных стадий.

На начальной (собственно депрессивной) стадии заболевания, которая длилась около 15 лет, больные переносили одну-две фазы депрессивно-параноидной или тревожно-апатической структуры, длительностью в 8,42 ± 1,47 мес. Вслед за фазами формировались ремиссии, продолжительностью около 9 лет. Структура этих ремиссий практически с равной степенью вероятности отличалась или «заострением тревожного радикала личности», или «нерегулярными стертыми колебаниями аффекта тревожно-астенической структуры», или формировались «полные» ремиссии.

На отдаленной (дистимической) стадии заболевания, которая формировалась в пожилом возрасте (60 лет) и наблюдалась нами около 10 лет, больные переносили в среднем одну фазу, преимущественно амбулаторного уровня, сложной тревожно-тоскливо-апато-дистимической структуры. Длительность фазы (по сравнению с начальной стадией процесса) не изменялась. При этом строгой зависимости между стадией заболевания и провоцирующими моментами не было: в 66,7 % случаев фазы возникали после психогений, а в 33,3 % — спонтанно. Вслед за фазой формировалась длительная ремиссия (около восьми лет) с автохтонно-реактивными волнообразно-фазными колебаниями аффекта тревожно-дистимического типа.

Таким образом, описанный синдромотаксис (собственно депрессивная и дистимическая стадии) клинически реализуется «фазно-ремиссионным с поздним манифестом» видом течения униполярной эндогенной депрессии. Его особенностью является формирование и на начальной, и на отдаленной стадиях течения четко очерченных фаз и достаточно продолжительных ремиссий. При этом по ходу процесса структура фаз, с одной стороны, упрощается от психотических (часто депрессивно-параноидных) к неглубоким (амбулаторного уровня), а с другой стороны — фазы становятся более сложными, но мало дифференцированными по структуре аффекта. Структура же ремиссий усложняется от нерегулярных стертых к волнообразно-фазным колебаниям тревожного аффекта, вначале с астеническим, а затем с дистимическим радикалами, которые тесно связываются с личностью пациентов.

**3 группа.** Униполярная эндогенная депрессия с гетерономным началом и манифестом в молодом возрасте.

Данная группа состояла из 9 пациентов (женщин — 8, мужчин — 1) в возрасте 52,75 ± 4,85 лет, у которых заболевание манифестировало в 29,0 ± 1,58 лет, а его длительность на момент обследования составляла 27,1 ± 2,34 лет. Продолжительность начальной стадии синдромотаксиса достигала 15,6 ± 3,56 лет, отдаленной стадии — 5,86 ± 0,96 лет, а формировалась она в возрасте 44,86 ± 4,31 лет. Заключительная стадия возникала в возрасте 62,57 ± 3,85 лет и на момент наблюдения длилась 5,57 ± 1,07 лет.

Анализ количества, длительности и клинической структуры фаз, развивающихся на различных стадиях заболевания, позволил выявить определенную закономерность. При переходе течения заболевания с начальной стадии на отдаленную количество фаз достоверно сокращалось ( $\varphi^* = 1,9, p < 0,05$ ), их длительность не изменялась ( $t = 0,47, p > 0,05$ ), а на заключительной стадии процесс фазообразования прекращался (табл. 3).

Таблица 3

**Средняя длительность и количество фаз в зависимости от стадии заболевания (в 3-й группе)**

Стадия заболевания	Среднее количество фаз ( $M \pm m$ )	Количество фаз		Средняя длительность фаз ( $M \pm m$ ), мес.
		n	%	
Начальная	2,75 ± 0,59	22	61,1	8,59 ± 2,2
Отдаленная	2,0 ± 0,58	14	38,9	10,39 ± 2,53
Заключительная	—	—	—	—
Всего	4,5 ± 1,05	36	100	9,29 ± 1,65

На начальной стадии заболевания (всего 22 фазы) нами было выделено два клинических варианта фаз: астено-тревожно-тоскливые — 12 (54,5 %) и астено-тревожно-дистимические — 10 (45,5 %). При этом в структуру всех фаз входила гетерономная симптоматика: фобическая (в 5 случаях), ипохондрическая (также в 5), истероформная (в 6 случаях), психовегетативная (в 12 случаях). На отдаленной стадии заболевания (всего 14 фаз) были обнаружены четыре клинических типа фаз: тревожно-тоскливо-апатические — 7 (50 %), тревожно-тоскливо-апато-дистимические — 4 (28,5 %), тоскливо-апато-дистимические — 2 (14,3 %), депрессивно-параноидные — 1 (7,1 %) фазы. При этом гетерономная симптоматика (фобии, ипихондрия, психовегетативные симптомы) наблюдались только в структуре пяти фаз. Помимо того, если на начальной стадии заболевания (из 22 фаз) психотического уровня достигла только 1 (4,5 %) фаза, амбулаторного — 5 (22,7 %), а доминировали фазы субпсихотического уровня — 16 (72,7 %), то на отдаленной стадии заболевания фазы по своему уровню распределились достаточно равномерно: из 14 фаз психотических было 4 (28,6 %), субпсихотических — 6 (42,8 %), амбулаторных — 4 (28,6 %). Вследствие описанной структуры фаз у большинства пациентов данной группы на начальном этапе наблю-

денія діагностувалися: «неврастенія», «истерія», «циклотимія» і інші нозографічні одиниці непсихотического реєстра, і тільки в дальнішому, по мірі утяжелення психического стану, діагноз змінювався на «маніакально-депресивний психоз».

В стосунку провоціруючих моментів слідуеть відзначити, що якщо перша фаза в 62,5 % випадків виникала після соматопсихогенії, а в 37,5 % — після «умовної психогенії», то наступні фази, починаючи з третьої, в 81,8 % випадків виникали спонтанно, в 18,2 % — після «умовної психогенії».

Аналіз кількості, тривалості і клініческої структури ремісій, розвиваючихся на різних стадіях захворювання, дозволив виявити наступну закономірність: к віддаленній стадії кількість ремісій значно скорочувався ( $\phi^* = 2,71$ ,  $p < 0,01$ ), а їх тривалість залишалася такою ж, як і в попередній стадії ( $t = 0,47$ ,  $p > 0,05$ ) (табл. 4). На заключительній стадії захворювання ремісії як такі, рівно як і фази, зникли і процес набув хроніческий характер.

Таблиця 4

**Середнє кількість і тривалість ремісій в залежності від стадії захворювання (в 3-й групі)**

Стадії захворювання	Середнє кількість ремісій ( $M \pm m$ )	Кількість ремісій		Середня тривалість ремісій ( $M \pm m$ ), міс.
		<i>n</i>	%	
Начальна	2,75 ± 0,59	22	56,4	54,77 ± 15,3
Віддаленна	1,57 ± 0,48	11	28,2	42,55 ± 20,99
Заключительна	— <sup>1</sup>	6	15,4	102,6 ± 20,98
Всього	4,12 ± 0,93	39	100	49,56 ± 11,9

*Примечание.* <sup>1</sup> — на заключительній стадії спостерігалися не ремісії як такі, а хроніческе перебіг.

На початковій стадії захворювання (всього 22 ремісії) нами було виявлено три їх клініческих типи: ремісії «с нерегулярними, автохтонними і реактивними хвилясто-фазними коливаннями астено-тревожно-тоскливо-афекта» — 8 (36,4 %), «повні» ремісії — 7 (31,8 %) і ремісії с «нажитою реактивною лабільністю тривожного типу» — 7 (31,8 %). На віддаленній стадії захворювання (всього 11 ремісій) було виявлено також три їх типи: ремісії с «нерегулярними автохтонно-реактивними хвилясто-фазними коливаннями апато-тоскливо-іпохондріческого афекта» — 5 (45,4 %), ремісії с «непереривно-хвилястим перебігом астено-тревожно-афекта» — 4 (36,4 %) і ремісії с «нажитою реактивною лабільністю астено-іпохондріческої структури» — 2 (18,2 %). На заключительній стадії ремісії як такі, рівно як і фази, уже не формувалися, а процес набув хроніческий характер в формі непереривно-хвилясто-фазного перебігу дистимічески-іпохондріческого синдрому с сутяжническими тенденціями.

Як слідуеть з аналізу наведених клініческих даних, синдромотаксис третього виду уніполярної ендогенної депресії характеризується наступними

клініческими закономірностями. Захворювання маніфестує в молодому (27—33 років) віці переважно у осіб жіночої статі, перебігает через три послідовні стадії і має інший стереотип розвитку.

На початковій (гетерономній) стадії захворювання, яка тривала близько 15 років, хворі перенесли дві-три фази (субпсихотического або амбулаторного рівня) астено-тревожно-структури с тоскливою або дистиміческим радикалом афекта і гетерономною (фобіями, іпохондрією, істероформною і психо-вегетативною) симптоматикою. Середня тривалість фази складала  $8,59 \pm 2,2$  місяців. При цьому перша фаза провоціровалася або незначними психогенними факторами, або соматопсихогенно. Внаслідок фази формувалися недовготривалі, близько 5 років, ремісії. Структура цих ремісій практически с рівною ступенем ймовірності характеризувався або нерегулярними, стертыми автохтонними і реактивними хвилясто-фазними коливаннями афекта астено-тревожно-тоскливо-афекта типу, або нажитою реактивною лабільністю тривожного типу, або формувалися «повні» ремісії.

На віддаленній (апатическій) стадії захворювання, яка виникала в інволюційному віці (40—50 років) і тривала близько шість років, у хворих формувалося в середньому дві фази психотического або субпсихотического рівня. Їх структура була тоскливо-апатическою с тривожним або дистиміческим радикалом афекта. Тривалість фаз, виникаючих на початковій і віддаленній стадіях захворювання, статистически не відрізнялася між собою, а виникали вони в більшості випадків спонтанно. Внаслідок фази формувалися ремісії такою ж тривалістю, що і на початковій стадії перебігу. Структура ж цих ремісій ускладнювався за рахунок приєднання апатического радикала або виникнення непереривно-хвилясто-фазного перебігу астено-тревожно-афекта.

На заключительній (дистимічески-іпохондріческій) стадії, яка виникала в похилому віці і спостерігалася нами на протязі близько п'яти років, фазоутворення припинялося, а процес набув хроніческе непереривно-хвилясто-фазне перебіг дистимічески-іпохондріческого синдрому с сутяжническими (стеническими) змінами особистості.

Таким образом, описаний синдромотаксис (гетерономна, апатическа, дистимічески-іпохондріческа стадії) клінічески реалізується «хвилясто-фазним с раннім гетерономним маніфестом» формою перебігу уніполярної ендогенної депресії. Її особливістю є первісна ускладненість і углубленість структури фаз від астено-тревожних або тоскливо-дистиміческих с гетерономною симптоматикою к «типичним» тривожно-тоскливо-апатическим. Одночасно відбувається і ускладненість структури недовготривалих ремісій від стертих хвилясто-фазних к непереривно-хвилясто-фазним коливанням афекта. На заключительній стадії перебігу відбувається хроніфікація процесу с формуванням монотонного дистимічески-іпохондріческого синдрому с трансформацією всієї структури преморбідної особистості від психастеническої к сутяжническій.

**4 група. Униполярная эндогенная депрессия с гетерономным началом и манифестом в зрелом возрасте.**

Данная группа состояла из 9 пациентов (женщин — 5, мужчин — 4) в возрасте  $68,7 \pm 4,1$  лет, у которых заболевание манифестировало в  $46,5 \pm 1,15$  лет, а его длительность на момент обследования достигала  $22,1 \pm 3,96$  года. Продолжительность начальной стадии синдрома таксиса составляла  $8,5 \pm 0,82$  лет, отдаленной стадии —  $11,12 \pm 2,03$  лет, а формировалась она в возрасте  $54,37 \pm 1,89$  лет. Заключительная стадия возникала в возрасте  $66,5 \pm 5,07$  лет и на момент наблюдения длилась  $6,25 \pm 1,7$  лет.

Анализ количества, длительности и клинической структуры фаз, развивающихся на различных стадиях заболевания, позволил выявить следующую закономерность. При переходе течения заболевания с начальной на отдаленную стадию количество фаз резко сокращалось ( $\varphi^* = 2,38, p < 0,01$ ), а их длительность не изменялась ( $t = 0,074, p > 0,05$ ). К заключительной же стадии процесс фазообразования вообще прекращался (табл. 5).

Таблица 5

**Среднее количество и длительность фаз в зависимости от стадии заболевания (в 4-й группе)**

Стадия заболевания	Среднее количество фаз ( $M \pm m$ )	Количество фаз		Средняя длительность фаз ( $M \pm m$ ), мес.
		n	%	
Начальная	$2,11 \pm 0,39$	22	61,1	$14,25 \pm 3,8$
Отдаленная	$1,44 \pm 0,58$	14	38,9	$13,07 \pm 6,95$
Заключительная	—	—	—	—
Всего	$3,61 \pm 1,08$	36	100	$9,58 \pm 2,08$

На начальной стадии заболевания (всего 22 фазы) нами было выделено три клинических варианта фаз: тревожно-тоскливо-дистимические — 13 (59,1 %), астено-тревожно-тоскливо-дистимические — 7 (31,8 %) и астено-тревожно-тоскливые — 2 (9,1 %). При этом в структуру всех фаз входила гетерономная симптоматика: сенесто-ипохондрическая (в 12 случаях), обсессивно-фобическая (в 9) и психовегетативная (в 17 случаях). На отдаленной стадии заболевания все 14 фаз были структурно сложными: тревожно-тоскливо-апатодистимическими. При этом гетерономная симптоматика, а именно ипохондрическая, была выявлена в структуре только 4 фаз. Помимо того, на начальной стадии заболевания подавляющее большинство (из 22 фаз) составляли фазы субпсихотического уровня (19 или 86,4 %), психотическими были 2 (9,1 %) фазы, а амбулаторной только 1 (4,5 %). На отдаленной стадии (всего 14 фаз) субпсихотическими были 6 фаз (42,8 %), амбулаторными — 7 (50,0 %), и еще 1 (7,1 %) была психотической.

В отношении провоцирующих моментов следует отметить, что если первая фаза в 37,5 % случаев возникала после соматопсихогении или психогении (также 37,5 %), то уже начиная со второй фазы стало преобладать их спонтанное возникновение (в 71,4 %).

Анализ количества, длительности и структуры ремиссий, возникающих на различных стадиях заболевания, позволил выделить следующую закономерность. При переходе от начальной к отдаленной стадии ни количество ремиссий ( $\varphi^* = 0,69, p > 0,05$ ), ни их длительность ( $t = 1,3, p > 0,05$ ) достоверно не изменялись, а на заключительной стадии заболевание приобретало хроническое течение с исчезновением ремиссий как таковых (табл. 6).

Таблица 6

**Средняя длительность и количество ремиссий в зависимости от стадии заболевания (в 4-й группе)**

Стадия заболевания	Среднее количество ремиссий ( $M \pm m$ )	Количество ремиссий		Средняя длительность ремиссий ( $M \pm m$ ), мес.
		n	%	
Начальная	$1,77 \pm 1,08$	19	54,3	$36,0 \pm 7,0$
Отдаленная	$1,77 \pm 0,46$	16	45,7	$54,8 \pm 12,8$
Заключительная	—	—	—	— <sup>1</sup>
Всего	$3,81 \pm 0,96$	38	100	$53,83 \pm 8,21$

Примечание. <sup>1</sup> — На заключительной стадии возникало хроническое течение (у 3 больных) длительностью  $143,0 \pm 17,84$  мес.

На начальной стадии заболевания (всего 19 ремиссий) нами было выделено четыре их клинических типа: ремиссии «с нерегулярными автохтонно-реактивными волнообразно-фазными колебаниями тревожно-тоскливого и астено-дистимического аффекта» — 8 (42,1 %), ремиссии «с непрерывно-волнообразным течением тревожно-тоскливого и астено-дистимического аффекта» — 3 (15,8 %), ремиссии с «дистимическими колебаниями аффекта» — 3 (15,8 %) и ремиссии астено-психовегетативной структуры — 5 (26,3 %). На отдаленной стадии заболевания (всего 16 ремиссий) было выявлено три их клинических типа: ремиссии «с нерегулярными волнообразно-фазными колебаниями тревожно-апатического аффекта» — 7 (43,7 %), ремиссии «с непрерывно-волнообразным течением апато-дистимического аффекта» — 5 (31,3 %) и ремиссии «с дистимическими колебаниями аффекта» — 4 (25,0 %). На заключительной стадии заболевания ремиссии как таковые, равно как и фазы, уже не формировались, а процесс приобретал хроническое непрерывно-волнообразное течение дистимически-ипохондрического синдрома с сутяжническими тенденциями.

Как следует из анализа приведенных клинических данных, синдром таксис четвертого вида униполярной эндогенной депрессии характеризуется следующими клиническими закономерностями. Заболевание манифестирует в инволюционном (43—50 лет) возрасте у лиц обоих полов и обладает сходным с предыдущим видом, стереотипом развития (группа 3 с гетерономным началом и манифестом в молодом возрасте).

На начальной (гетерономной) стадии заболевания, которая длилась около восьми лет, больные переносили две затяжные фазы ( $14,25 \pm 3,8$  мес.), преимущественно субпсихотического уровня. Эти фазы

отличались сложной астено-тревожно-тоскливо-дистимической структурой, в состав которой входили различные гетерономные (сенесто-ипохондрические, обсессивно-фобические и психовегетативные) симптомы. В большинстве случаев фазы провоцировались психогенно или соматопсихогенно. Вслед за фазами формировались непродолжительные (около трех лет) ремиссии. Структура этих ремиссий в подавляющем большинстве случаев характеризовалась автохтонно-реактивными волнообразно-фазными или непрерывно-волнообразными колебаниями астено-тревожно-дистимического аффекта.

На отдаленной (апато-дистимической) стадии заболевания, которая возникала также в инволюционном возрасте (52—56 лет) и длилась около десяти лет, у больных формировались одна-две фазы, амбулаторного или субпсихотического уровня. Длительность фаз не изменялась и возникали они преимущественно спонтанно. Структура этих фаз углублялась за счет трансформации астенического радикала аффекта в апатический и, одновременно, упрощалась вследствие исчезновения гетерономной симптоматики. Вслед за фазами формировались такие же непродолжительные ремиссии, как и на начальной стадии процесса. Однако их структура усложнялась: преобладали ремиссии с непрерывно-волнообразными или волнообразно-фазными колебаниями тревожно-апато-дистимического аффекта.

На заключительной (дистимически-ипохондрической) стадии, которая возникала в пожилом возрасте и наблюдалась на протяжении около шести лет, фазообразование прекращалось, а процесс приобретал хроническое непрерывно-волнообразное течение дистимически-ипохондрического синдрома с сутяжническими (стеническими) изменениями личности.

Таким образом, описанный синдромотаксис (гетерономная, апато-дистимическая, дистимически-ипохондрическая стадии) клинически реализуется «волнообразно-фазным с поздним гетерономным манифестом» видом течения униполярной эндогенной депрессии. Его особенностью является углубление структурно сложных астено-тревожно-тоскливо-дистимических фаз за счет трансформации астенического радикала аффекта в апатический. Одновременно происходит и упрощение фаз вследствие редукции гетерономной симптоматики. Структура ремиссий усложняется: от волнообразно-фазного к непрерывно-волнообразному течению астено-тревожно-дистимического аффекта с превращением его астенического радикала в апатический. На заключительной стадии происходит хронификация процесса с формированием монотонного дистимически-ипохондрического синдрома с трансформацией всего строя преморбидной личности от психастенической к сутяжнической.

*(Окончание следует)*

*Надійшла до редакції 28.02.2006 р.*

*Ю. Ю. Чайка*

**До проблеми синдромотаксису  
уніполярної ендогенної депресії  
Повідомлення 2**

*Інститут неврології психіатрії та наркології  
АМН України  
(м. Харків)*

Дана клінічна характеристика другому (сприятливому) — «фазно-ремісійному з пізнім манифестом», третьому та четвертому (несприятливим) — «хвилеподібно-фазному з раннім та пізнім манифестом» типам перебігу ендогенної уніполярної депресії.

*Yu. Yu. Chaika*

**To the formulation of the problem  
of unipolar endogenous depression's syndromotaxis  
Report 2**

*Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology  
of the AMS of Ukraine  
(Kharkiv)*

In the second report the clinical characteristic of the second (favorable) "phase-remission with late manifestation", third and fourth (unfavorable) types of course of unipolar endogenous depression — "wavelike-phase with early and late manifestation" was given.