УДК 618.89 – 008.454:616-002.5

В.П.Молєв
Т.А. Скринчук
Н.В. Молєва

ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІФІКОВАНИХ ДЕПРЕСІЙ У ОСІБ ІЗ ЗАЛИШКОВИМИ ЗМІНАМИ ПІСЛЯ ВИЛІКУВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

У статті описані головні шляхи формування хронічних депресій. Вказується на істотну роль психотравмуючих обставин у процесі хроніфікації. Атиповість клінічної картини хронічних депресій пояснюється комбінацією реактивних і ендогенних симптомів. Описано механізм хроніфікації депресій у вигляді «порочного кола» взаємної підтримки ендогенного і реактивного факторів, центральною ланкою якого є зниження самооцінки пацієнтів.

Ключові слова: хронічні депресії, психотравми, ендореактивні депресії, залишкові зміни після вилікуваного туберкульозу.

В статье описаны главные пути формирования хронических депрессий. Указывается на существенную роль психотравмирующих обстоятельств в процессе хронификации. Атипичность клинической картины хронических депрессий объясняется комбинацией реактивных и эндогенных симптомов. Описан механизм хронификации депрессий в виде «порочного круга» взаимной поддержки эндогенного и реактивного факторов, центральным звеном которого является снижение самооценки пациентов.

Ключевые слова: хронические депрессии, психотравмы, эндореактивные депрессии, остаточные изменения после вылеченного туберкулеза

Проблема депресивних розладів є однією з основних у сучасній медицині [5, 7]. Це обумовлено значним ростом розповсюдженості захворюваності на депресії, інвалідизацією населення працездатного віку, зростанням поширеності суїцидів [8, 20].

При туберкульозі та інших хронічних захворюваннях легенів нерідкі депресивні затяжні (хроніфіковані) прояви, і лише при значному погіршенні соматичного стану і вираженій інтоксикації можливі психози (яскраво описані А.П. Чеховим в знаменитому оповіданні "Чорний монах"). Надзвичайно важливо попередити суїцидальну спробу, яка зазвичай виникає на тлі депресії. У хворих на

© Молєв В.П., Скринчук Т.А., Молєва Н.В.

туберкульоз вона також може виникнути на фоні лікування протитуберкульозними препарати такими, як циклосерин, фторхінолони, етіонамід, протіонамід, піразинамід, етамбутол, клофазам [6, 12].

З'ясування клінічних особливостей тривалих та хроніфікованих депресій є сьогодні одним із найважливіших завдань медичних досліджень. Клінічні дослідження хронічних депресій концентруються сьогодні навколо двох напрямків: 1) пошуку надійних психопатологічних маркерів та клінічних предикторів хроніфікованих депресій, а відтак і розробки адекватної типології цих станів, 2) вивчення пре- та екстраморбідних факторів, які, ймовірно, сприяють хроніфікації депресій у якості важливих модифікуючих чинників [1; 10; 15; 16]. Відповідно, серед особливостей клініки таких депресій автори найчастіше звертають увагу на симптоматологічну невиразність, «стертість», або так звану субклінічність проявів депресії [1; 10; 13], атиповість клінічної картини [4; 10], дисгармонію депресивної тріади [10; 14], наявність не відповідних до базового афекту неврозоподібних, маячних симптомів [1; 4; 11], наявність коморбідних психічних розладів, передусім тривожних та обсесивно-компульсивних [16]. Разом із тим, схильними до хроніфікації вважають різні синдромальні варіанти, повний список яких склав би реєстр фактично всіх можливих депресивних синдромів [4; 11; 17]. Виділяють також окремі симптоми, характерні для хронічних депресій, наприклад: спрямованість назовні „вектора вини" [10; 14], переважання суб'єктивної важкості хвороби над об'єктивною [10], симптом "недільних загострень", іпохондричність, деперсоналізацію, тощо [3; 10; 14]. Серед екстраморбідних факторів хроніфікації депресивних розладів найчастіше виділяють неадекватне лікування [2; 18], вік початку розладу (ранній або пізній) [13], наявність коморбідної патології [2; 13; 16], гетерогенну спадкову обтяженість, органічне ураження мозку [2, 18], різні варіанти преморбідної особистісної структури [3; 10; 11; 15; 19]. Загалом, слід відзначити очевидну суперечливість результатів різних досліджень, що традиційно свідчить про особливу актуальність проблеми.

Від уточнення психопатологічних і клінічних проявів хронічних депресій залежить не лише поступ у їх лікуванні, але й у пошуках патогенетичних механізмів їх формування. Адже без задовільних клінічних уявлень жодні дослідження, спрямовані на перевірку будь-яких доказово-медичних концепцій не можуть відповідати потребам реальної клінічної практики. Висока актуальність досліджень хроніфікованих депресій, крім вказаних моментів, пояснюється ще й відсутністю чітко сформульованих критеріїв, а тим більше - єдиної концепції хронічних депресивних розладів [9], важливої як у теоретичному, так і безпосередньо прикладному клінічному аспектах. Тому

скрупульозне вивчення особливостей клініки та преморбіду хворих, які страждають на хроніфіковані депресії, і надалі залишається одним із найефективніших „інструментів" на шляху до вирішення зазначених актуальних питань.

Загальною метою дослідження є пошук та вивчення клінічних механізмів і предикторів хроніфікації депресій. Метою даної частини дослідження є вивчення шляхів формування хронічної депресії і виявлення спільних факторів хроніфікації, що дасть можливість сформулювати гіпотезу про базовий механізм хроніфікації депресій.

Для цього поставлені наступні завдання: 1) з'ясувати основні шляхи формування хронічного перебігу депресій; 2) з'ясувати роль психотравмуючих обставин у процесі хроніфікації; 3) проаналізувати роль ендогенних та реактивних симптомів у клініці хронічних депресій; 4) з'ясувати спільні механізми хроніфікації депресій у обстежених пацієнтів.

Перевага нами надавалась клінічно-описовому методу з початковим максимально детальним клінічним описом досліджуваних станів. Проведення на першому етапі дослідження так званого первинного опису випадків було необхідним, бо, як вже зазначалось, клініко-дескриптивні „картини” досліджуваних феноменів є першим (і необхідним) підставовим матеріалом всіх подальших досліджень у медицині. Наступний феноменологічно-неупереджений аналіз клінічних проявів, у зв'язку зі зміною клінічної картини хронічних депресій за останні десятиліття [9], був спрямований на пошук ще досі не з'ясованих проявів хронічних депресій. На даний час обстежено 45 осіб із залишковими змінами після вилікуваного туберкульозу. При відборі пацієнтів у дослідження враховувались: 1) наявність депресії згідно критеріїв депресивного епізоду за МКХ - 10, 2) безперервність депресивної симптоматики протягом не менше 2 років до моменту обстеження, 3) маніфестація розладу у віці до 65 років, 4) відсутність у пацієнтів ознак шизофренії та шизоафективного розладу згідно критеріїв МКХ -10, як на момент обстеження, так і в анамнезі, 5) відсутність у пацієнтів клінічно обгрунтованих органічних уражень головного мозку, ендокринної патології. Загальну характеристику матеріалу дослідження наводимо в табл. 1.

Як видно з таблиці, кількість пацієнтів, відібраних у дослідження становить 45 осіб. Розподіл пацієнтів по статі відповідає типовим статевим співвідношенням, характерним для депресій взагалі (близько 2/3 жінок і 1/3 чоловіків). Соціальний та освітній статус відібраних пацієнтів відповідає загальнопопуляційному.

Таблиця 1

Загальна характеристика групи пацієнтів, включених у дослідження

		Чоловіки	Жінки	Загалом
Кількість пацієнтів		**13**	**32**	**45**
Вік (роки)		**30-65 (45,8)**	**22-65 (43,9)**	**22-65 (44,7)**
Сімейний стан	**неодружені**	**2**	**3**	**5**
	одружені	**10**	**19**	**30**
	розлучені	**1**	**9**	**10**
Освіта	**Вища**	**7**	**12**	**19**
	середня	**6**	**20**	**26**
Соціальний статус	**працюючі**	**9**	**7**	**16**
	безробітні	**-**	**13**	**13**
	пенсіонери	**1**	**6**	**7**
	інваліди	**3**	**6**	**10**

Кожен з відібраних пацієнтів був обстежений психопатологічно з детальним описом всіх клінічних феноменів, вивченням анамнезу. Особлива увага зверталась на емоції та переживання, пов'язані з важливими подіями в житті пацієнтів, дослідженням обставин, які передували захворюванню, особливостей суб'єктивного переживання пацієнтом свого захворювання та процесу лікування. Вивчення клінічної симптоматики депресій проводилось описово-психопатологічним методом, а також психолого-експериментальним із використанням опитувальника з базових симптомів SCL-90. Важкість і структура депресії оцінювалась за допомогою шкали Гамільтона-21. Дослідження структури особистості хворих проводилося за допомогою напівструктурованого діагностичного інтерв'ю SKID-2.

Результати дослідження та їх обговорення

1. Варіанти перебігу хроніфікованих депресій (ХД).

При вивченні анамнезу з'ясувалось, що хронічна депресія у обстежених пацієнтів формувалась щонайменше трьома різними шляхами:

1) Накладання психогенії на автохтонну депресію.

Типові, „автохтонні”, добре курабельні депресивні фази з достатньо повноцінними ремісіями розпочинались, як правило, у молодому віці.

Хроніфікація депресій наставала у віці 35-60 років після психогенії, або співпадала з початком менопаузи у жінок, після чого депресія перебігала роками з коливаннями важкості стану і неповними субдепресивними ремісіями (до 1-2 місяців).

2) Накладання психогенії на невротичну депресію.

Затяжні депресивні фази 2 - 9 років виникали у віці 22 - 39 років після психогенії на фоні характерологічної дистимії, яка тягнулася ще з підліткового віку.

3) Психогенна провокація хроніфікованої депресії

а) перебіг без ремісій (принаймні, на момент обстеження)

Хроніфікація формувалась у віці від 20 до 50 років під час першого ж депресивного епізоду, у більшості випадків після психогенної „провокації". Повноцінної ремісії або не виникало взагалі, або в ремісії залишалась виразна субдепресивна симптоматика, на фоні якої виникали психогенно спровоковані загострення.

б) перебіг з ремісіями між затяжними фазами депресії з самого початку мали затяжний перебіг (5-7 років), однак між фазами спостерігались повноцінні і тривалі ремісії. І перші, і повторні затяжні фази були, як правило, психогенно спровокованими.

Таблиця 2

Варіанти перебігу хроніфікованих депресій

Варіант	**Вік хроніфікації**	**Тривалість ХД**	**Кількість пацієнтів (ч/ж)**	**Психогенний початок ХД**
1)	**26-63 р.**	**2-10 р.**	**17 (5/12)**	**16 пац.**
2)	**22-39 р.**	**2-4 р.**	**5 (1/4)**	**5 пац.**
3 а)	**20-50**	**2-10 р.**	**20 (7/13)**	**19 пац.**
3 б)	**20-29 р.**	**5-9 р.**	**3 (0/3)**	**2 пац.**
Загалом	**20-63 р.**	**2-10 р.**	**45 (13/32)**	**42 пац.**

Як бачимо, при всіх 4-х варіантах спостерігається одна принципова особливість - психогенний початок хронічної депресії (45 із 48 пацієнтів). У зв' язку з цим варто детальніше розглянути роль цього фактора у хроніфікації депресій.

2. Значення психогенного фактора при дослідженні анамнезу захворювання. З'ясувалося, що різноманітні психотравмуючі обставини суттєво впливали на перебіг депресії у обстежених хворих: вони, як правило, „провокували" початок фази, що набувала потім хронічного перебігу, вони ж були відповідальними і за подальші загострення хронічної депресії, вони ж, на думку багатьох пацієнтів, заважали „вийти" з депресії, „не додавали настрою", психологічно фіксуючи депресивні переживання. Навіть у випадках, коли пацієнт не декларував зв'язку депресії з психотравмою, в його житті на той час

об'єктивно складались несприятливі обставини, які ще більше погіршувались з настанням депресії.

Аналіз змісту психотравмуючих ситуацій, які „запускали" і підтримували хронічний перебіг депресії у обстежених хворих показав, що ці ситуації загалом є досить малоспецифічними, оскільки всі вони стосуються загальнолюдських базових потреб: безпеки існування, матеріально-професійної сфери, сімейної стабільності. Разом з тим, за сутністю травмуючого фактора (його суб'єктивного значення для пацієнта) їх можна поділити на 3 головні групи. 1.Психотравмуючі ситуації, що пов’язані з конкуренцією. Зміст психотравми: провал на екзаменах; звільнення з роботи; вихід на пенсію; заздрість до більш успішних людей; подружні зради; матеріальні втрати. 2.Психотравмуючі ситуації, що пов’язані з відповідальністю. Зміст психотравми: перехід на більш відповідальну роботу; безпорадність у складних життєвих ситуаціях; судові справи, загроза ув’язнення. 3. Психотравмуючі ситуації, що пов’язані з втратою підтримки. Зміст психотравми: смерть або хвороба близької людини; руйнування сімейних стосунків; переїзд близької людини.

Спільною ознакою всіх психотравмуючих ситуацій було те, що вони переживались обстеженими пацієнтами із загостренням почуття власної неспроможності та меншовартості, тобто, відігравали роль зовнішнього психотравмуючого „удару" по самоповазі.

3. Симптоматика. Значення психогенного фактора підтверджується і тим, що специфічна для пацієнта психотравма чи несприятливі обставини мали чітке відображення і в клінічній картині депресії на початку її хроніфікації. Психотравмуюча ситуація на початку захворювання часто визначала зміст депресивних переживань. Саме з описаним вище „ударом по самоповазі" пацієнти безпосередньо пов'язували свій пригнічений стан і відчуття меншовартості та неспроможності. Разом з тим, у більшості з них вже на ранніх етапах перебігу хвороби відмічались і чіткі ознаки ендогенної депресії, але передусім у вітальній сфері. Ці прояви виявлені також у всіх досліджуваних пацієнтів і на момент обстеження .

Зі збільшенням тривалості депресії реактивний компонент дедалі більше "згасав" і на перший план виступали ендогенні ознаки, далі поступово, по мірі хроніфікації захворювання, клініка депресії ставала менш виразною і проявлялась субдепресивним настроєм з дисфоричним забарвленням, переживанням своєї меншовартості, заздрості до здорових людей, ангедо-нією, наростанням апатії і зниженням тривожності, астено-адинамічною симптоматикою, що відображає дефіцит вітальності. На думку В.І.Пришляка і О.О.Фільца [11], „переплетення" ендогенних та реактивних ознак якраз і спричиняє ту особливість клінічної картини хронічних депресій, яку більшість ав-

торів називають „атиповістю", і яка утруднює чіткість описових характеристик хроніфікованих депресій та поділ їх на окремі варіанти. Значний поліморфізм симптоматики у більшості хворих дійсно не дозволяє виділити єдиний депресивний синдром, оскільки в одного і того ж хворого в структурі депресії може бути виражена, наприклад, меланхолічна, тривожна, іпохондрична, анестетична, істерична, астенічна симптоматика. Саме атиповість і поліморфність клініки хронічних депресій є найбільш дискутабельною проблемою у їх вивченні [2, 4, 10, 14, 17]. Ці особливості розглядаються також і в контексті труднощів лікування затяжних депресій.

На нашу думку, суттєвим фактором хроніфікації депресій у обстежених пацієнтів була психогенна „спровокованість" затяжних фаз. Попри відсутність об'єктивної „специфічності" провокуючої психотравми впадала у око спільна риса у суб'єктивному переживанні хворими такої психотравми - загострення відчуття власної меншовартості, слабкості, неспроможності.

Враховуючи той факт, що зниження самооцінки поряд із „вітальними" ознаками, є чи не найважливішим або і центральним симптомом депресії, а отже і базовим переживанням хворих на депресію, можна припустити, що саме такий „знецінюючий" вплив психотравми є не випадковим. Психотравмуюча ситуація була для обстежених пацієнтів зовнішнім „ударом" по системі самовартості і призводила до декомпенсації у вигляді депресії. Причину такого впливу травматичних ситуацій слід, очевидно, шукати в особистісній сфері пацієнтів, зокрема, у недосконалому функціонуванні системи „нарцистичного гомеостазу" [21], коли підтримання стабільної самооцінки головним чином забезпечується зовнішньою оцінкою (матеріальний статус, конкурентноздатність, добробут, ставлення інших людей, працездатність, тощо). За таких умов психотравмуючі ситуації, які руйнували чи загрожували зруйнувати зовнішні фактори підтримки самовартості, означали для пацієнта втрату відчуття власної цінності і були для нього своєрідним „ударом" по самоповазі.

Разом з тим, неможливо звести хроніфікацію депресій лише до дії тих чи інших психотравмуючих ситуацій, оскільки в клінічній картині всіх обстежених пацієнтів на всьому протязі хвороби і, зокрема, на момент обстеження виявлялись чіткі вітальні симптоми „ендогенних" депресій. „Реактивні" ж симптоми були виражені найбільше на початку захворювання і під час психогенно спровокованих загострень.

Таким чином, депресії більшості хворих (42 з 45) на початку хроніфікації та під час загострень мали ознаки так званих „ендореактивних" (у розумінні H.J.Weitbrecht, J.Glatzel, 1979): „реактивним" за змістом переживань і, в той же час, за всіма формальними ознаками - вітально-ендогенними. Хоча сьогодні дискусії

щодо поділу на ендогенні та реактивні депресії дещо втратили свою гостроту, вважаємо за необхідне зазначити, що, розглядаючи афективні розлади під кутом зору „ендогенності”, ми з необхідністю відносимо ці розлади до „автохтонних” і значною мірою біологічно детермінованих, тоді як специфіка „реактивних” станів полягає у їх зумовленості психо-реактивними факторами. Отримані нами дескриптивні характеристики хроніфікованих депресій дають підстави думати, що взаємна „підтримка” біологічного і реактивного факторів може виявитися важливим і суттєвим чинником хроніфікації депресій. Реактивний компонент „удару по самоповазі” підтримує не лише вітальні переживання депресій, але і їх

„серцевину” - переживання власної маловартості. З іншого боку, саме переживання вітальної неспроможності для таких хворих є наочним доказом реальності їх відчуття маловартості, спричиненого психотравмою. За таких умов у стані депресії пацієнт опиняється в „мертвій точці” [21] замкнутого кола, коли підтримати власну самовартість є абсолютно неможливо і саме цей стан є хронічною психотравмою для хворого. Йдеться, отже, про базове порочне коло, в якому й може хроніфікуватись депресія.

Описане нами „замкнуте коло” як результат взаємної підтримки ендогенного та реактивного факторів у механізмі хроніфікації депресій є не лише причиною атиповості і поліморфності клініки ХД, але і причиною труднощів у лікуванні цих станів.

Специфіка лікування хворих на хроніфіковані депресивні розлади полягає в тому, що такі пацієнти є особливо вимогливими і „важкими" в плані комплаєнсу (конструктивної співпраці). Їх настирливе прохання допомоги і постійне вимагання підвищеної уваги до себе поєднуються із переконаністю у власній невиліковності. Такі пацієнти схильні перекладати відповідальність за свій стан на лікуючого лікаря і часто активно це декларують ("Ви - моя остання надія", "Ви повинні мені допомогти"). Однак, разом із тим, вони ж внутрішньо прирікають будь-яке лікування на невдачу та заявляють про унікальність власної невиліковності: "у Вас ще не було таких складних пацієнтів, як я", „напевне, я ніколи не вилікуюсь", "мене вже такі світила лікували..." Закономірно, що будь-яке погіршення або відсутність негайного ефекту від лікування сприймаються як підтвердження невиліковності, що зумовлює, в свою чергу, знецінення лікаря та будь-яких його зусиль.

Порушення комплаєнсу призводить до самовільних змін дозування або й відміни препаратів, що найчастіше кваліфікується як ознака терапевтичної резистентності [2; 5; 9]. З практики відомо, що співпрацювати з такими пацієнтами є складно, оскільки вони викликають у лікаря відчуття роздратування, безпорадності і зворотного знецінення пацієнта, що є для хворого ятрогенним повторенням

знецінюючої психотравми і черговим „ударом по самоповазі" у замкнутому колі хронічної депресії. Через тривале безуспішне лікування багато з пацієнтів розчаровуються в ньому і взагалі зникають з поля зору лікарів. Виникає парадоксальна ситуація, при якій сам процес лікування не веде до одужання, а у багатьох випадках може ще більше сприяти хроніфікації. Виходячи з вищесказаного, припускаємо, що правильна терапевтична тактика з описаними пацієнтами мусила б полягати у тому, щоб зламати звичний для хворого стереотип стосунків з лікарями: продовжувати терпляче і доброзичливо підтримувати їх, не зважаючи на знецінення і зневіру з їх боку.

Висновки

1.Важливим фактором хроніфікації депресій є психотравмуючі ситуації, які стосуються базових потреб хворих (безпека, матеріально-професійний статус, сімейна стабільність). Ці ситуації відіграють для пацієнтів роль таких, що знижують самовартість.

2.„Атиповість” клінічної картини хронічних депресій у обстежених пацієнтів пояснюється переплетенням реактивних (психогенних) та вітально-ендогенних симптомів.

3.Хроніфікація депресій у обстежених пацієнтів формується за механізмом замкнутого кола, в якому ендогенні та реактивні переживання взаємно підтримуються і затягують депресивний стан. Описаний нами механізм замкнутого кола відіграє важливу роль і в процесі лікування, коли через стереотип знецінення зусиль лікарів пацієнти втрачають їх підтримку, що є для них ятрогенною знецінюючою психотравмою, яка підтримує депресію.

Список використаних джерел

1. Дикая Т.И. Длительные многолетние депрессивные состояния в форме хронических депрессий: клинико-психопатологические и динамические аспекты / Т. И. Дикая // Психиатрия. – 2004. – №5. – С. 26-34.
2. Дмитриева Т.Б. О факторах, обуславливающих затяжное течение психогенных депрессий / Т. Б.Дмитриева, Н. К.Харитонова // Профилактика общественно опасных действий психически больных. - М., 1986. - С. 68 - 75.
3. Зорин В. Ю. Формирующиеся в условиях стрессогенной ситуации затяжные депрессивные состояния / В. Ю.Зорин // Журн. невропатол. и психиатр. - 1996. - №6. - С. 23 - 27.
4. Ильина Н. А. Психопатология деперсонализационной депрессии / Н. А. Ильина // Журн. невропатол. и психиатр. - 1999. - Т.99. - №7. - С. 21 - 25.
5. Марута Н.О. Особливості потребово-емоційної сфери у хворих похилого віку на тривожно-депресивні розлади з суїцидальним

ризиком [Текст] / Н.О. Марута, І.О.Явдак, О.С.Череднякова // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т.19. - №3. – С. 50-54.
6. 6. Марьяндышев А.О. Побочные эффекты лечения туберкулеза с МЛУ / А.О. Марьяндышев // Медицинская газета. – 2010. - №23. – С. 9.
7. Михайлов Б. В. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні / Б. В. Михайлов, С. І. Табачніков, Н. О.Марута, В. В.Кришталь, О. І. Сердюк // Українській медичний альманах. — 2004. — Т. 7. - № 4 (додаток). — С. 99–102.
8. Підкоритов В.С. Проблеми депресій у хворих загальносоматичних стаціонарів / В.С.Підкоритов // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2006. - № 1. – С. 8 – 12.
9. Пришляк В.І. Проблема хроніфікованих депресій в психіатричних дослідженнях. Частина І / В. І.Пришляк, О. О. Фільц // Журнал психіатрії та медичної психології. - 2006. - №1. - С. 132-141.
10. Пуховский А.А. О некоторых клинико-психопатологических аспектах хронических депрессий / А. А.Пуховский // Журн.невропатол. и психиатр. - 1993. - Т.93. - №2. - С. 68 - 73.
11. Пчелина А. Л. Психопатология затяжных эндогенных депрессий / А. Л. Пчелина // Журн. невропатол. и психиатр. - 1979. - №12. - С. 1708 - 1712.
12. Семікіна О.Є. Особливості підходів до психотерапевтичної корекції хворих на депресивні розлади / О.Є. Семікіна, Л.В.Малюта, Г.Ю.Каленська // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т.19. - №3. – С. 66-70.
13. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. - М.: Медицинское информационное агентство, 2003. - 429 с.
14. Тиганов А. С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики / А. С. Тиганов // Депрессия и коморбидные расстройства. - М., 1997. - С12 - 26.
15. Akiskal H. S. The relationship of personality to affective disorders: A critical review / H. S.Akiskal, R. M. A.Hirschfelt, B. I. Yerevanian // Arch. Gen. Psychiat. - 1983. - Vol. 40. - P. 801 - 810.
16. Angst J. Comorbidity of mood disorders: a longitudinal perspective study / J.Angst // Br. J. Psychiatry. - 1996. - V. 30. - P. 31 - 37.
17. Asnis G. M. Atypical depression: clinical aspects and noradrenergic function / G. M. Asnis, L. K.McGinn, W. C. Sanderson // Am. J. Psychiatry. - 1995. - Vol. 152. - P. 31 - 36.
18. Bratfos O. The course of manic-depressive psychosis / O. Bratfos, J.Haug // Acta Psychiat. Scand. - 1968. - Vol. 44, №1. - P. 89 - 111.

19. Schrader G. Chronic depression: state or trait? / G. Schrader // J. Nerv. Ment. Dis. - 1994. - V. 182. - P. 552 - 555.
20. Tabachnikov S.I. Mental disorders in patients having somatic diseases due to participation in the consequences of the Chernobyl accident cleaning up (Remote of the catastrophe) / S.I.Tabachnikov, S.V.Titievsky, L.A.Gashkova // Preventive psychiatry: World psychiatric association regional congress. – Athens (Greece), 1999. - P. 71.
21. Менцос С. Психодинамические модели в психиатрии / Пер. с нем. Э.Л.Гушанского. - М.: Алетейя, 2001. - 174 с.
22. Psychiatrie im Grundriß / [H.J. Weitbrecht, J. Glatzel, H. Rieger, D. Wyss.] – Berlin.: Springer, 1979. – 352 s.

In the article the main ways of chronification of depressions are described. Authors noticed the significant role of psycho-traumas in the process of chronification. Not-typical clinic picture of chronic depressions interpreted as the result of combination of reactive and endogenous symptoms. Authors described the mechanism of depression's chronification as a "circulus vitiosus" of cooperation of endogenous and reactive factors with the reduction of patient's self-appraisal as the central link.

***Keywords*:** chronic depression, psychotrauma, endoreaktiv depressions, residual changes after cured tuberculosis.

Отримано 24.2.2012

УДК 376–056.26:617.75:376.015.311:793.3]–053.4

Л.А. Нафікова

КОРЕКЦІЯ Й РОЗВИТОК СЕНСОРНО-РУХОВОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ ЗАСОБАМИ ІНТЕГРАЦІЙНОГО КОМПЛЕКСУ РУХОВИХ ВПРАВ

У статті представлено інтеграційний комплекс рухових вправ на розвиток і корекцію сенсорно-рухової сфери у контексті музично-ритмічного виховання дітей дошкільного віку з порушеннями зору.

Ключові слова: рухові вправи, музично-ритмічне виховання, діти дошкільного віку з порушеннями зору.

© Нафікова Л.А.