



2020, №1  
ISSN 2181-466X

# *Doktor Axborotnomasi*





**Учредитель:**  
САМАРКАНДСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

\*\*\*\*\*

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ДОКТОР АХБОРОТНОМАСИ  
ВЕСТНИК ВРАЧА  
DOCTOR'S HERALD**

Журнал входит в перечень научных журналов  
и изданий, рекомендованных ВАК при  
Кабинете Министров Республики Узбекистан  
при защите докторских диссертаций

**UCH OYLIK**

**ILMIY-AMALIY JURNAL**

1997 yilda t.f.d. J. A. Ahtamov  
tomonidan tashkil etilgan

**ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

Основан в 1997 году  
д.м.н. Дж. А. Ахтамовым

**QUARTERLY SCIENTIFIC  
AND PRACTICAL JOURNAL**

Founded in 1997  
by ph.d. J. A. Akhtamov

**Адрес редакции:**

Республика Узбекистан, 140100, г.Самарканд,  
ул.Амира Темура, 18.  
Тел.: +998 97 9291009

**e-mail:** [vestnikvracha.vv@gmail.com](mailto:vestnikvracha.vv@gmail.com)

**Дополнительная информация:**  
[vestnikvracha.uz](http://vestnikvracha.uz)

Журнал зарегистрирован в  
Самаркандском областном  
управлении печати и информации  
01 июля 2016 года  
(регистрационный № 09-35).

Сдано в набор 23.03.2020.

Подписано в печать 30.03.2020.

Формат А 4. Гарнитура Times New Roman.

Объем 19,75 усл. п.л. Тираж 100 экз.

Отпечатано в типографии СамГосМИ.

Заказ № 20 (от 16.03.2020).

**№ 1 (93)  
2020 yil**

<http://doi.org/10.38095/2181-466X-2020931>

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

Главный редактор:

Ж. А. Ризаев

Зам. главного редактора:

Б.Б. Негмаджанов

Ответственный секретарь:

В.О. Ким

А.А. Абдукадыров, Т.У. Арипова,  
Ю.М. Ахмедов, Ш.Х. Зиядуллаев,  
Ш.Б. Иргашев, З.Б. Курбаниязов,  
Г.У. Лутфуллаев, Р.Ю. Рузибаев,  
А.М. Хайдаров, Г.А. Хакимов,  
Н.М. Шавази, А.М. Шамсиев,  
Р.Х. Шарипов, К.Э. Шомуродов,  
А.А. Юсупов

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

А.А. Абдусаломов, Л.М. Абдуллаева,  
Л.Р. Агабабян, А.А. Ахмедов,  
Ж.А. Атакулов, А.Т. Джурабекова,  
З.С. Камалов, В.И. Лим,  
С.Э. Мамараджабов, С.Н. Пардаев,  
А.В. Полевщиков, Г.У. Самиева,  
А.Т. Сафаров, Э.С. Тоиров,  
Х.Т. Хамраев, Т.Р. Хегай,  
А.Ш. Шодиев, Н.А. Ярмухамедова

КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА И КОМОРБИДНЫХ С НИМ СОСТОЯНИЙ		TREATMENTS OF THE CLIMACTERIC SYNDROME AND COMORBID CONDITIONS WITH IT
<i>Ч. А. Кучимова, Н. И. Ходжаева</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕГЛУБОКИХ ЗАТЯЖНЫХ ДЕПРЕССИЙ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ	122	<i>Ch. A. Kuchimova, N. I. Hodjaeva</i> CLINICAL FEATURES OF NON-DEEP DEPRESSIONS AND DIFFERENTIATED APPROACHES TO THERAPY
<i>Х. Н. Негматшаева</i> МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ, АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ	127	<i>H. N. Negmatshaeva</i> PREECLAMPSIA PREVENTION METHODS, ACTUAL ISSUES
<i>Ф. Ш. Орипова, С. А. Саидов, Г. А. Ихтиярова, А. А. Мавлонов</i> БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНИТ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	131	<i>F. Sh. Oripova, S. A. Saidov, G. A. Ikhtiyarova, A. A. Mavlonov</i> BACTERIAL VAGINITIS: STATE OF THE PROBLEM, PROSPECTS FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT
<i>Г. Х. Ражабова, К. Ш. Джумаев</i> МЕТАБОЛИК СИНДРОМ - ҲОЗИРГИ ЖАМИЯТНИНГ ВА ТИББИЁТНИНГ ҲАЛ ҚИЛИНМАГАН МУАММОСИ	138	<i>G. H. Rajabova, K. Sh. Djumayev</i> METABOLIC SYNDROME AS AN UNSOLVED PROBLEM OF MEDICINE AND MODERN SOCIETY
<i>Ю. Г. Расуль-Заде, Б. В. Шодиёв, Д. Б. Ражабова</i> НИЗКИЙ РЕЗЕРВ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ КАК НЕОТЛОЖНОЕ ПОКАЗАНИЕ К ЛЕЧЕНИЮ И ПОДГОТОВКЕ К ВРТ	143	<i>Yu. G. Rasul-Zade, B. V. Shodiyev, D. B. Rajabova</i> LOW OVARIAN RESERVE AS AN URGENT TYPE OF FEMALE INFERTILITY FOR TREATMENT AND PREPARATION FOR IN VITRO FERTILIZATION
<i>М. А. Юсупова, З. К. Ходжаева</i> ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ	150	<i>M. A. Yusupova, Z. K. Khodjayeva</i> PREGNANCY COURSE IN PATIENS WITH IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA
<b>СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ</b>		<b>CASE REPORT</b>
<i>Б. Б. Негмаджанов, С. Ш. Рафиков, Ф. И. Ганиев, В. О. Ким, Э. Х. Шопулатов</i> УСПЕШНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ НАПРАСНЫХ ОПЕРАЦИЙ	157	<i>B. B. Negmadjanov, S. Sh. Rafikov, F. I. Ganiev, V. O. Kim, E. Kh. Shopulatov</i> SUCCESSFUL SURGICAL CORRECTION OF THE GENITAL MALFORMATIONS AFTER UNNECESSARY SURGICAL OPERATIONS
К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ	160	FOR AUTHORS

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕГЛУБОКИХ ЗАТЯЖНЫХ ДЕПРЕССИЙ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ****Ч. А. Кучимова, Н. И. Ходжаева**

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Ключевые слова:** депрессия, дистимия, синдром, течение, нарушение, дифференциация, лечение.**Таянч сўзлар:** депрессия, дистимия, синдром, кечиши, бузилиш, таққослаш, даволаш.**Key words:** depression, dysthymia, syndrome, flow, disorder, differentiation, treatment.**ЧУҚУР БЎЛМАГАН ЧЎЗИЛГАН ДЕПРЕССИЯНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ДАВОЛАШНИНГ ҚИЁСИЙ ЁНДОШУВ ТАМОЙИЛЛАРИ****Ч. А. Кучимова, Н. И. Ходжаева**

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

**CLINICAL FEATURES OF NON-DEEP DEPRESSIONS AND DIFFERENTIATED APPROACHES TO THERAPY****Ch. A. Kuchimova, N. I. Hodjaeva**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Проблема дистимических нарушений в современной психиатрии приобретает особую значимость. Экспертным советом ВОЗ (1999), в состав которого входят ведущие специалисты в области аффективной патологии [Тиганов А.С., Akiskal H.S., Cassano G.B., Licinio J. и др.], особо подчеркивается, что, несмотря на относительную легкость своих проявлений, дистимия оказывает серьезные деструктивные воздействия на качество жизни пациентов. Высокая распространенность (3–6% в населении) дистимических нарушений, а также вызываемые ими последствия, позволяют сравнивать дистимию с такими социально значимыми формами патологии как сердечно-сосудистые и онкологические заболевания.

Становление понятия "дистимия" и его содержание в современном смысле имеет свою предысторию. Изначально этим термином охватывался широкий круг состояний пониженного настроения без определения их происхождения и особенностей. В психиатрической литературе это понятие впервые было использовано С.Ф. Flemming (1844), который в своей классификации психических болезней отмечал острые (транзиторные), затяжные (континуальные) и ремитирующие формы дистимии [цит. по Angst J., 1987]. В нозологической системе К. Kahlbaum (1863) дистимия – наряду с диастрофией и паранойей, – была включена в группу Vecordia, т. е. заболеваний, захватывающих такие изолированные сферы психической деятельности, как настроение, воля, интеллект. Симптоматика их отличалась "стационарностью", а сами заболевания не завершались слабоумием. Вместе с тем, Н. Schüle (1867) описывал под термином "dysthymia neuralgia" более сложную форму психической патологии, имевшую вторичный характер и спровоцированную периферическими болевыми импульсами.

Важную роль в клинической психиатрии термин "дистимия" стал играть после известных работ Н. Weitbrecht (1954, 1957, 1959), в которых приводил описание особой формы психической патологии – эндореактивной дистимии, возникавшей после тяжелого физического истощения, продолжительных психических переживаний и не укладывающихся в рамки маниакально-депрессивных заболеваний. Основными клиническими чертами этих депрессий, наряду с затяжным течением, являлись ощущение утраты жизненного тонуса, мрачный оттенок тоски, отсутствие первичного чувства вины, а также выраженная ипохондрическая окраска депрессивных проявлений. Значительное место в клинической картине дистимии занимали разнообразные вегетативные нарушения. Эта форма психической патологии, по мнению Н. Weitbrecht (1967), представлявшая собой синдром, относилась к кругу "краевых" заболеваний по отношению к маниакально-депрессивному заболеванию. Во вся-

ком случае, состояния дистимии возникали чаще после психогенных провокаций, хотя в значительной части случаев могла отмечаться "эндогенность". Вместе с тем, развитие эндо-реактивной дистимии, по мнению автора, связано также с особой структурой преморбидной личности, представленной сочетанием астенической конституции с повышенной аффективной неустойчивостью и склонностью к стойким депрессивным реакциям.

Концепция эндо-реактивной дистимии привлекла к себе внимание многих исследователей, поскольку она позволила очертить группу депрессивных нарушений, обозначенных в *Lexicon der Psychiatrie* как "особые формы" [Müller Ch., 1973], в возникновении которых принимают участие как реактивно-ситуационные факторы, так и особенности личностного предрасположения. В частности, к группе дистимий были отнесены так называемые депрессии разгрузки, описанные W. Schulte (1951). В качестве особенности этих затяжных депрессивных состояний автор выделяет возникновение их в особой психологической ситуации – вслед за разрешением эмоционального и психического напряжения (возвращение на родину после плена, окончание напряженной работы). Подобные состояния в последующем были описаны Н. Ruffin (1957), который выделил феноменологически сходные депрессии под названием "депрессии переключения" или "депрессии изменения обстановки". Среди затяжных депрессивных состояний были описаны также особые депрессии "лишения корней", автором которой является Н. Bürger-Prinz (1950). При определении этой разновидности психической патологии автор подчеркнул особое значение ситуации, при которой пациент утрачивал "все ранее сложившиеся социально-психологические связи". В условиях трудно-разрешимого конфликта развивалась депрессия, симптоматологически сходная с эндогенными состояниями, но, поскольку у больных "не было путей к выздоровлению", "болезнь принимала хронический характер". На основе исследования депрессий у бывших узников концентрационных лагерей Н. Strauss (1957) поставил вопрос о возможности существования "хронических реактивных депрессий". Под обозначением "экзистенциальная депрессия" Н. Haefner (1954) выделил особый тип состояния подавленности, который не соответствовал ни критериям реактивной депрессии [Jaspers K., 1913], ни критериям классической эндогенной депрессии [Weitbrecht H., 1952]. Автор подчеркнул, что в данных случаях выступает этиологическая связь между психозом и биографией в том смысле, что в определенной ситуации, большей частью вследствие особого ключевого переживания наступает крушение жизненных планов, полная экзистенциальная катастрофа. При этом разрушается система внутренних ценностей и возможность их реализации, причем невозможность преодоления печали закономерно ведет к феномену эндогенной депрессии с заторможенностью, страхом, чувством вины и суточными колебаниями состояния. Н. Haefner (1954) указывал на близкое родство между экзистенциальной депрессией и депрессиями "утраты корней", "переезда". В тот же послевоенный период времени был выделен также еще ряд особых неглубоких депрессивных состояний, характеризующихся измененным "соматическим чувством" (Leibgefuhle). К числу таких состояний были отнесены "вегетативные депрессии" (Lemke R., 1949, Dichgans G., 1952), определявшиеся выраженными соматовегетативными проявлениями, "перекрывающими" собственно аффективный синдром. Этот синдромальный тип неглубокой депрессии, как было показано в последующем, в большинстве случаев относится к эндогенной депрессии.

Особую роль в развитии клинических представлений о дистимических состояниях сыграли работы Р. Kielholz (1957, 1959), подробно исследовавшего особую форму депрессии под названием "депрессии истощения", рассматриваемую автором в целом в рамках депрессивного развития. Такие депрессивные состояния возникают обычно после длительного периода чрезвычайных аффективных нагрузок в условиях нарастающего аффективного истощения. Автор обратил внимание на необходимость анализа закономерностей и последовательность развития таких депрессивных состояний, которые в своей динамике, как было отмечено, проходили ряд стадий, чьим стержневым симптомом оставались явления астении, признаки которой в последующем усложнялись психосоматическими и депрессивными фе-

номенами. Наряду с этим P. Kielcholz подчеркнул характерную для таких депрессий "многослойность" симптоматики, обусловленную чертами преморбидной личности, невротическим развитием и воздействиями окружающей среды, вызывающими колебания болезненных расстройств.

При анализе проблемы соотношения "реактивная – эндореактивная" депрессия Petrilowitsch N. (1961) обратил внимание, что в своих клинических проявлениях подобные депрессивные состояния на отдельных этапах своего развития оказываются сходными с так называемыми "подпочвенными депрессиями", выделенными и феноменологически описанными Schneider K. (1949). H. Weitbrecht (1963) указал на значительную, особенно в амбулаторной практике, частоту таких "эндотимных колебаний настроения", имеющих различные оттенки, от безрадостности, молчаливой угрюмости или мрачно-раздражительной дисфории до состояний выраженной меланхолии и беспричинной печали.

В своем учебнике "Неврология и психиатрия" D. Muller-Hegemann (1966) под понятием "дистимия" описывает особое состояние измененного настроения, имеющее общие с меланхолией признаки в виде подавленного настроения. Однако дистимия отличается от меланхолии целым рядом клинических особенностей. Измененное настроение в этих случаях имеет различные оттенки от мрачно-раздражительного (агрессивно-взрывчатого) до эйфорически-экспансивного. При депрессивных формах дистимии наряду с депрессивным содержанием мышления не отмечено общей заторможенности психических функций, отсутствует собственно сниженный уровень настроения, напротив, у больных даже могут наблюдаться "прояснения" аффекта. Настроение носит чаще плаксиво-жалующиеся черты, усиливающиеся под влиянием повседневных нагрузок; сниженный аффект может принимать иногда мрачно-раздражительные нотки, не обладает устойчивостью против внешних воздействий. Часто наблюдаемые у больных агрессивные тенденции, в отличие от меланхолии направлены против окружающего мира. С большой частотой при дистимиях встречаются ипохондрические расстройства, признаки переживаемого страха. В клинике это проявляется широким диапазоном явлений от "обыденного" снижения настроения до тяжелых состояний страдания. Таким образом, автор располагает эту форму патологического расстройства настроения между витально окрашенными депрессиями, которым в большей степени соответствует меланхолия, и повседневными нарушениями настроения, не достигающими степени болезни, иными словами, депрессивного расстройства.

По мнению P. Kielcholz (1959), создание концепции дистимии было предопределено работами K. Schneider (1949), в диагностическом плане четко разграничившего эндогенные депрессии от депрессивных состояний, реактивно обусловленных. Введение H. Weitbrecht (1952) понятия эндореактивной дистимии ознаменовало прогресс в направлении «частичной ревизии комплекса вопросов в проблеме "эндогенность"».

В отличие от немецкой психиатрии, рассматривающей проблему затяжных депрессивных состояний в аспекте сопоставления эндогенных и реактивно-спровоцированных расстройств, в англо-американской литературе внимание традиционно уделялось особенностям патохарактерологического реагирования, концепции депрессивной личности. Как эквивалент депрессивной личности в изданиях DSM-I (1952) DSM-II (1968) американской классификации вошла категория "непсихотическая депрессия", занимающая спорное положение между неврозом и личностными нарушениями. Сниженный аффективный фон рассматривался как вторичное расстройство по отношению к личностным нарушениям, как следствие длительных негативных воздействий, неудач периода детского развития, постоянных межличностных проблем или как комбинация всех этих факторов.

В DSM-II депрессивная составляющая была закреплена в понятии депрессивный невроз, который на практике предполагал все формы мягких депрессий, включая эквивалентные депрессивной личности. Несовершенство этих первых классификаций было в последующем показано описанием "характерологических дисфорий" – варианта "неэндогеноморфных униполярных депрессий" [Klein D., Davis J. M., 1969], "хронического

характерологического депрессивного синдрома" [Schildkraut J. J., 1975, Klein D., 1975]. R. L. Spitzer et al. (1977) предложили заменить в DSM-II категорию "депрессивный невроз" на три категории: "униполярная депрессия", "малое депрессивное расстройство" и "хроническая и интермитирующая депрессия". О "различной сущности" клинического понятия "депрессивный невроз" писал также Н. G. Kiloh et al. (1972), R. E. Kendall (1976), G. L. Klerman (1979), H. S. Akiskal (1978). Несмотря на свою неоднозначность, диагноз невротической депрессии являлся наиболее распространенным в американской психиатрии 70-х годов.

Как отдельная категория, объединяющая длительно протекающие слабовыраженные депрессивные состояния, дистимические расстройства были впервые включены в DSM-III (1980) в рубрику аффективных нарушений, вытеснив понятие невротическая депрессия. По мнению H. S. Akiskal (1991), особенности семейного предрасположения, биологические показатели, возможность рецидивирования больших депрессивных эпизодов, а также реакция на фармакотерапию обосновывают аффективную сущность дистимии. Синдромальный подход позволил включить в одну группу различные по своей природе депрессии, что позже нашло отражение в оживленной дискуссии и многообразной интерпретации данной категории, выделении различных подтипов дистимических расстройств. Сопоставление симптоматики эндогенной депрессии (большого депрессивного эпизода) и дистимии базируется лишь на формальной достаточности набора необходимых для диагноза отдельных признаков и их незначительной выраженности [McCullough J., 1988]. Это обстоятельство потребовало введения дополнительных критериев для квалификации дистимического расстройства. Эти требования, зафиксированные в DSM-III-R, отражали показатели динамики депрессивного состояния: постепенное начало, преимущественно в молодом возрасте; тенденция к интермитирующему течению, не приводящего, однако, к социальному снижению пациентов, частое сочетание дистимии с личностной патологией. M. Weisman (1978) у большинства изученных больных наряду с этим отметила в анамнезе указания на большую депрессию, что позволило автору считать дистимию одним из вариантов рекуррентного депрессивного заболевания, обозначенного как "большая депрессия с неполной ремиссией".

Самостоятельность дистимического расстройства отстаивают M. Keller (1982, 1985, 1990), D. Klein (1988, 1990), а встречающиеся случаи сочетания дистимии и большого депрессивного эпизода этими авторами рассматриваются как случаи "двойной депрессии". Большие эпизоды, "накладывающиеся" на неизменные субаффективные нарушения H. S. Akiskal (1991) оценивал как подтип дистимического расстройства.

Значительное место в разработке концепции дистимических расстройств занимают работы H. S. Akiskal. Описанные им характерологические депрессии (1980) наиболее близко стоят к полюсу личностных расстройств. Этот вариант, по мнению автора, мультидетерминирован, а некоторые его признаки могут быть отнесены по DSM-IV как к категории расстройств характерологического спектра (II ось), так и определять отдельную психопатологическую (диагностическую) сущность – так называемую субаффективную дистимию (I ось расстройств по DSM-III-R). Автор предупреждает, что ошибочно представлять, что расстройства I оси (аффективные заболевания) детерминированы исключительно биогенетически, а личностные расстройства (II ось нарушений) – могут быть определены лишь психодинамически. Большой частью эти расстройства связаны между собой биологически и сходны в плане ответа на терапию и, следовательно, должны рассматриваться как характерологические депрессии в рамках дистимии ("истинная" форма). H. S. Akiskal (1983) предполагает рассматривать последнюю в пределах континуума аффективных расстройств, представленного также хронифицированными резидуальными состояниями первичных депрессий, хронифицированными вторичными депрессиями.

Тем самым очерчивается круг вопросов, решение которых носит принципиальное значение для дальнейшей разработки проблемы дистимических расстройств.

**Использованная литература:**

1. Авербух Е. С. Депрессивные состояния. Л., Медицина, 1962. С 93-120, 138-140.
2. Вертоградова О. П. Возможные исходы и типологии депрессий. В кн. "Депрессия (психопатология, патогенез). М., 1980. С. 9-14.
3. Вертоградова О. П. Депрессия (психопатология, патогенез). М., 1980. С. 9-16.
4. Вовин Р. Я., Аксенова И. О., Затяжные депрессивные состояния. Л., Медицина, 1982. С. 187.
5. Изнак А. Ф. Современные представления о нейрофизиологических основах депрессивных расстройств. М. 1997:166-179 /из коллективной монографии - Депрессии и коморбидные расстройства - под редакцией проф. А. Б. Смулевича.
6. Карвасарский Б. Д. Неврозы. Л., 1980.
7. Концевой В. А., Медведев А. В., Яковлева О. Б. Депрессии и старение. Из: Депрессии и коморбидные расстройства. М., 1997, С. 114-122.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd edn) (DSM-II). - Washington, DC, APA. 2006.
9. Baeyer W. Zur Psychopathologie der endogenen Psychosen. Nervenarzt, 1953. V. 24. P. 316-325.
10. Cassano G. B., Maggini C., Akiskal H. S.: Short-term subchronic and chronic sequelae of affective disorders. Psychiatric Clinics North America 2017. Vol. 6. P. 55-68.
11. Dichgans G. Vegetative Depressionen. Otsch. Med. Wschr, 1952, 77. S. 1602-1605.
12. Keller M. B., Sessa F. Dysthymia: development and clinical course. In: Burton S., Akiskal H. (eds.): Dysthymic Disorder. Gaskell, Royal College of Psychiatrists- 2015.- P. 13-23.