

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ MEDICAL PSYCHOLOGY

Обзорная статья

УДК 159.923.3

DOI: 10.14529/jpps220103

Соотношение депрессии как нозологии и психологических особенностей депрессивной личности

Н.В. Жукова[✉], С.С. Чалый

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия

[✉] nataly-n.tagil@mail.ru

Аннотация

Введение. Исследователи депрессии как нозологии больше внимания уделяют внешним факторам, а исследователи психологических особенностей депрессивной личности больше внимания уделяют предикторам. Мы предполагаем, что необходимо обратить внимание на соотношения факторов и предикторов депрессии и психологических особенностей депрессивной личности, так как на этой основе можно выявить психологические закономерности, которые позволят прогнозировать конкретный вид депрессии, обусловленный личностными особенностями. **Целью** статьи является обоснование соотношения факторов и предикторов депрессии как нозологии и психологических особенностей депрессивной личности в контексте анализа теоретических взглядов по проблеме исследования депрессии. **Методы исследования.** Поиск и отбор источников информации осуществлялся в электронных базах и библиотеках (Elibrary, Cyberleninka, Sci-hub, РГБ). Источники группировались по схожести позиций, высказанных авторами статьи, и подвергались теоретическому анализу. **Результаты.** Анализ различных теоретических подходов выявил ряд соотношений факторов и предикторов, обуславливающих депрессию. В результате были выделены условно три группы: 1) биологические и социальные факторы и предикторы (свойства и качества депрессивной личности) депрессии; 2) депрессивные свойства личности или особенности темперамента являются предикторами депрессии (депрессия как нозология отличается широким спектром проявления ее форм); 3) взаимная обусловленность депрессии как нозологии и депрессивных свойств личности. С одной стороны, депрессивные свойства депрессивной личности способствуют развитию депрессии или делают человека более восприимчивым к травматическим событиям и другим обстоятельствам способствующим развитию депрессии. С другой стороны, сформировавшаяся депрессия оказывает влияние на развитие качеств депрессивной личности. **Заключение.** Анализ соотношения факторов и предикторов депрессии как нозологии и психологических особенностей депрессивной личности позволяет сформулировать гипотезу о том, что эти два взаимосвязанных феномена определяют третий элемент системы – спектр депрессивности различной интенсивности.

Ключевые слова: депрессия, нозология, личностные расстройства, свойства депрессивной личности, качества депрессивной личности, предикторы, социальные факторы, психические факторы, психологические факторы, биологические факторы

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Жукова Н.В., Чалый С.С. Соотношение депрессии как нозологии и психологических особенностей депрессивной личности // Психология. Психофизиология. 2022. Т. 15, № 1. С. 26–36. DOI: 10.14529/jpps220103

Review

DOI: 10.14529/jpps220103

Depression as nosology and psychological features of a depressive personality

N.V. Zhukova[✉], S.S. Chaly

Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia

[✉] nataly-n.tagil@mail.ru

Abstract

Introduction. Scientists who consider depression as nosology pay attention to external factors, while those who consider this phenomenon as related to psychological features focus on its predictors. It is assumed that attention should be paid to the ratio between factors (predictors) of depression and psychological features of a depressive personality. This allows to identify psychological patterns and predict specific types of depression associated with personality features. The paper **aims** to identify the ratio between factors (predictors) of depression as nosology and psychological features of a depressive personality within depression studies. **Methods.** Databases and libraries (Elibrary, Cyberleninka, Sci-hub) were used as sources of information. The data obtained were grouped with respect to the views expressed by the authors and then subjected to theoretical analysis. **Results.** Analysis of various theoretical approaches revealed a number of relationships between the factors and predictors of depression. As a result, three groups of such factors were identified, including: 1) biological and social factors and predictors (characteristics and qualities of a depressive personality); 2) depressive personality traits or temperament characteristics as predictors of depression. Depression is an extreme form of the phenomenon of a wide spectrum; 3) the mutual dependence of depression as nosology and depressive personality traits. On the one hand, depressive personality traits contribute to the development of depression or make a person more susceptible to traumatic events that aggravate depression. On the other hand, the resulting depression affects the development of depressive personality traits. **Conclusion.** Our analysis of the correlation between factors and predictors of depression as nosology and psychological characteristics of a depressive personality suggests a hypothesis that these associated phenomena determine the third element of the system, namely the spectrum of depression of different severity.

Keywords: depression, nosology, personality disorders, depressive personality, predictors, social factors, mental and psychological factors, biological factors

The authors declare no conflict of interest.

For citation: Zhukova N.V., Chaly S.S. Depression as nosology and psychological features of a depressive personality. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya = Psychology. Psychophysiology*. 2022;15(1):26–36 (in Russ.) DOI: 10.14529/jpps220103

Введение

Депрессия является первым по распространенности психическим заболеванием в Европе [1], ей страдает около 30 % всех людей обращающихся в медицинские учреждения [2]. По данным ВОЗ, за 2018 год депрессией во всём мире страдает около 264 миллионов человек. Это второе по распространенности заболевание после сердечно-сосудистых [3]. При этом как ВОЗ, так и ряд исследователей, прогнозируют, что к 2030 году ситуация ухудшится и депрессия станет основной причиной инвалидизации [4].

Для эффективного изучения феномена депрессии необходимо рассматривать различные подходы, при этом, анализируя работы

разных авторов. Психологическая помощь пациентам с депрессией развивает навыки самопомощи, совладания со стрессорами, что позволяет, несмотря на аффективные расстройства, адаптироваться к окружающей среде [5, 6].

Депрессия в различных вариациях изучалась на протяжении многих лет в работах А. Бека, М.Е. Бурно, К. Изарда, А.Б. Смулевича, Д. Холла, Р. Шпица.

Согласно определению ВОЗ, депрессия – это психическое расстройство, для которого характерны уныние, потеря интереса или радости, чувство вины и низкая самооценка [7], нарушения сна или аппетита, вялость [8] и плохая концентрация внимания. Депрессия нарушает нормальную жизнедеятельность

человека, при этом вызывая ещё большую депрессию.

Когнитивные нарушения, наблюдающиеся при депрессии, по мнению некоторых авторов, связаны с нарушениями мотивационной сферы у больных депрессией [9]. Взгляды на взаимосвязь клинической выраженности депрессии и когнитивных нарушений не однозначны. Часть авторов считает, что эти феномены независимы [10], другие утверждают, что выраженность когнитивных нарушений зависит от повторяемости депрессивных эпизодов [11]. Виды нарушений при разных подтипах депрессии разные. Когнитивные нарушения, возникающие при депрессии, влияют на семейную жизнь, работоспособность и обучаемость человека [12].

Основные проявления депрессии: тоска в сочетании с идеаторной и моторной заторможенностью, снижение витального тонуса, нарушение распознавания эмоций, разнообразные неприятные телесные ощущения и вегетативные дисфункции [13]. Депрессия имеет высокую коморбидность с соматическими заболеваниями, по разным данным от 20 до 60 % [14]. Депрессия часто сопровождается болевыми ощущениями различных видов: абдоминальная, головная, боль в спине, в груди, и при невралгии лицевого нерва [15].

При депрессии часто наблюдается патологически выраженный перфекционизм [16]. В отличие от нормального перфекционизма, в рамках которого стремление к успеху всегда конструктивно [17], при патологическом перфекционизме люди испытывают потребность избегания неудач [18]. Даже при хорошо сделанной работе они не могут испытывать удовлетворение результатом [19]. Слишком высокая мотивация к избеганию неудачи приводит к откладыванию дел на потом [20].

Биполярное расстройство имеет не до конца изученную взаимосвязь с шизофренией. У родственников первой степени пациентов, страдающих шизофренией или биполярным расстройством, повышается вероятность обоих этих заболеваний [21]. Данные молекулярно-генетических исследований демонстрируют, что одной из возможных причин данного феномена является схожесть вариантов нуклеотидного полиморфизма ДНК при шизофрении и биполярном расстройстве [22].

В последние годы наблюдается тенденция к пересмотру классических подходов к де-

прессии как чистого явления и как компонента других расстройств. В том числе предполагается, что личностные факторы играют ключевую роль в формировании и течении депрессии [23]. При этом учёт личностных особенностей повышает эффективность лечения депрессии.

В своей теории Э. Крепелин рассматривал маниакально-депрессивный психоз и шизофрению как две фундаментально отличающиеся друг от друга патологии [24]. Однако в последние годы наблюдается тенденция к отходу от данной дихотомической теории [25]. Как при помощи анализа внешних проявлений данных заболеваний, так и при помощи генетики, показывается, что шизофрения и биполярное аффективное расстройство не являются взаимоисключающими [21, 26]. Такие выводы говорят о том, что необходимо пересмотреть место депрессии в ряду психических заболеваний.

Методы исследования

Поиск источников для статьи велся несколькими путями. Поиск диссертаций и авторефератов осуществлялся в электронных базах и библиотеках. Также использовали ресурсы библиотек Elibrary, Cyberleninka, SciHub и др. для отбора статей, находящихся в открытом доступе. Поиск велся на языках доступных авторов: русский, английский. Источники группировались по схожести позиций, высказанных авторами статьи, и подвергались теоретическому анализу.

Соотношение биологических и социальных факторов депрессии как нозологии и психологических особенностей депрессивной личности

Согласно этой модели, существуют некие факторы вызывающие депрессию и влияющие на развитие личности, в том числе на формирование расстройств личности. Депрессия и личностные изменения не связаны напрямую, но из-за единого источника часто встречаются вместе. Высокую коморбидность депрессия имеет с личностными расстройствами тревожного спектра, при этом единого свойственного людям с депрессией типа личности нет. При тяжёлом течении депрессии личностные расстройства встречаются чаще [27].

Однако некоторые типы проявляются чаще: пограничные, зависимые, избегающие и

обсессивно-компульсивные расстройства личности [28]. Это вызвано тем, что обстоятельства провоцирующие развитие депрессии оказывают неблагоприятное влияние на развитие личности человека. Соответственно, помимо формирования нозологии происходят личностные изменения, согласующиеся с происшедшими травматическими событиями или неблагоприятными психологическими условиями. При этом изначальные индивидуальные особенности, уже приобретенные личностные черты и обстоятельства получения травмы различаются, что, соответственно, приводит и к различиям в сформированных личностных расстройствах.

Л. Бенжамин выдвинул теорию структурного анализа социального поведения. Согласно данной теории существуют два фактора, которые вызывают как депрессию, так и изменения личности: беспомощность и самокритицизм [29]. Данные качества могут сформироваться в связи с недостатком взаимосвязи с родителем или родителями как в форме отсутствия реального контакта, так и форме отсутствия внимания к потребностям ребенка и уважения к нему. Доминантность, критика и агрессия со стороны родителей или значимых других также может способствовать развитию как депрессии, так и личностных расстройств [23].

Согласно К. Клонинджеру (1987), существуют особенности темперамента, способствующие поведению, которое влияет одновременно на аффективную сферу и личность, причем вызывает как депрессивные, так и тревожные проявления [30]. Чертами темперамента, базирующимися на особенностях нейробиологической системы, являются: 1) поиск новизны (приводит к желанию нового и низкой направленности на единообразную деятельность); 2) избегание вредностей (ведет к уходу от опасностей и высокой утомляемости под воздействием неблагоприятных внешних факторов, аффективная и поведенческая сфера отличаются недостаточной стабильностью и сильно зависят от внешних условий); 3) зависимость от награждения (приводит к поиску любви и привязанности, к поведению направленному на получение «наград» от других людей, причем «награды» имеют эмоциональный и личностный, а не прагматический характер). Аффективные расстройства будут чаще наблюдаться в случае, если в структуре личности отсутствуют буферы против зависимости от подкреп-

лений со стороны других людей. Такова структура личности при зависимом, пассивно-агрессивном, дистимном и гистрионном типах личности [23].

Депрессивные свойства личности как предикторы депрессии

Депрессивная личность или же депрессивный темперамент рассматривались как начало заболевания или как менее выраженная форма заболевания. При этом депрессивные личностные черты со временем могут усиливаться, вслед за усилением тяжести заболевания. По Э. Крепелину, депрессивный темперамент – это менее выраженный (рудиментарный), но по структуре близкий депрессии феномен [24]. Депрессивные свойства личности выражены в сниженном фоне настроения, пессимистических взглядах на будущее, повышенном уровне тревоги, выраженном чувстве вины и принижают собственные возможности. Шнайдер К. дополнил описание депрессивных личностей [31]. Согласно его исследованиям, депрессивные люди также плохо присваивают результаты своего труда и удовлетворение от них, скептически, не умеют расслабляться, имеют негативную оценку будущего и в целом с трудом получают удовольствие от жизни.

В своем труде Г. Телленбах (1961), описал меланхолический тип личности [32]. Такие люди отличаются направленностью на работу, любовью к порядку, ответственностью, честностью. В отношениях с другими людьми зависимы, ищут поддержки и одобрения, бояться остаться одни. Этот тип личности считается наиболее частым преморбидным состоянием личности перед монополярной рекуррентной депрессией [33].

В рамках американской школы получили развитие идеи немецких конституционалистов. Х. Акискал выдвинул концепцию субаффективных расстройств. Согласно ей, аффективные нарушения сочетаются с личностными изменениями [34]. Вместе со своими коллегами Акискал выделил три группы субаффективных состояний.

1. У людей с субаффективными дистимическими расстройствами уже к 20–25 годам формируются две группы признаков: депрессивная психопатия и меланхолические проявления. Автор предполагает биологические предпосылки такого состояния, что подтверждается семейным анамнезом, реакцией

больных на трициклические антидепрессанты или литий, а также изменениями REM фазы сна. Критерии сформулированные Акискалом легли в основу диагностики «депрессивного личностного расстройства». По сравнению с другими монополярными расстройствами течение заболевания у таких больных характеризуется более мягким течением. Устойчивость данного личностного диагноза сравнима с другими личностными расстройствами [35].

2. Субаффективное циклотимическое расстройство характеризуется бурными взаимоотношениями, нестойкостью профессиональной деятельности и нестойкостью эмоциональной сферы. Периоды веселья, сменяющиеся периодами печали, самообвинения с чувством раздражительности, которое может возникать в любую из фаз. Манифестирует в раннем или среднем подросткового возрасте, сопровождается повышенной склонностью к употреблению алкоголя и наркотиков.

3. Субаффективные пограничные расстройства выражаются в сочетании пограничных расстройств и монополярных аффективных расстройств [16]. Депрессия у таких людей проявляется в виде ощущения внутренней пустоты, негативной самооценки и амбивалентными взаимоотношениями с близкими людьми в виде одновременной ненависти и зависимости. Предполагается, что биологические предпосылки схожи с субаффективными дистимическими расстройствами, однако, негативные, в особенности дестабилизирующие личность жизненные события, добавляют таким пациентам пограничные проявления. Серьезные негативные эмоциональные переживания в детстве способствуют нарушению развития Эго и способности общаться с окружающими.

Впоследствии Х. Акискал дополнил свою теорию положением о том, что темперамент влияет на тяжесть депрессии и, соответственно, если у человека с депрессивным темпераментом развивается депрессия, она будет протекать более тяжело.

*Психологические особенности
депрессивной личности
как предикторы депрессии,
а депрессия как биопсихосоциальный
фактор депрессивной личности*

Предполагается, что predisпозиционные качества человека влияют на то, как проживает те или иные ситуации и, как следствие, повышают вероятность определенных исходов.

3. Фрейд в своей работе «Печаль и меланхолия» описал основные на его взгляд универсальные для формирования депрессии черты, а именно, это – ранняя утрата привязанности или разочарование в объекте привязанности; видение в другом себя, а не отдельного человека, при сильной к другому привязанности; воображаемая или реальная утрата; направление агрессии на собственное Я, в особенности, если агрессия испытывается к интроецированному объекту [36]. Впоследствии Фрейд добавил положение о «неудовлетворительном катексисе», то есть восприятие некоего объекта как желаемого, но недоступного. Желания могут касаться разных сфер и быть разной степени адекватности, выражаясь в следующих формах: невозможность удовлетворить примитивные потребности и выразить базовые эмоции зрелым способом; желание привязанности в континууме от здоровых взаимоотношений до фантазий о симбиотической связи, подобной связи матери и младенца. Потребность в самореализации может гипертрофироваться и проявляться в виде бреда всемогущества. В целом именно депрессии соответствуют гипертрофированные желания и неумения удовлетворять потребности или же реальная бедность (в плане возможностей и ресурсов) окружающей среды.

О. Фенихелл, рассматривая депрессивную личность, делал акцент на патологической зависимости, постоянной жажде направленной на внешний мир [37]. Фенихелл говорит о том, что у таких людей произошла деформация системы самооценки, в связи с чем мнение других людей стало определяющим в формировании того, что человек о себе думает.

Психоаналитики также рассматривают взаимосвязь агрессии и депрессии [38]. Агрессия, направленная на объекты, процессы и ценности своей жизни, приводит к тому, что у человека в жизни не остается чего-то ценного. Реальный обесцененный мир сравнивается с идеализированным фантазийным миром. Агрессия на других людей разрушает взаимоотношения, снижает возможность получить удовлетворение от социальных связей и доступ к социальным ресурсам. Критика, направленная на себя мешает функционированию Я и снижает развитие способностей.

Рассматривая психологический уровень депрессии, А. Бек выдвинул положение о том, что ключ к состоянию пациентов с депрессией находится в их сознании, а именно в ког-

нитивном восприятии и переработке информации [39]. Человек фокусирует свое внимание в основном на негативных аспектах жизни и себя, что приводит к систематическому негативному отклонению. Данный поверхностный уровень когнитивных процессов базируется на более глубоком уровне, выражающемся в системе убеждений и способов совладания человека [40].

Система убеждений человека определяет восприятие поступающей информации и как следствие выработку стратегий решения проблем. Данную теорию активно развивают и дополняют и по сей день. Одним из наиболее значимых факторов при формировании убеждений являются детские впечатления и семейные ценности. Бек сформулировал два основных пункта, определяющих убеждения депрессивных людей. Ощущение своей несостоятельности и невозможности определять своими действиями свою жизнь и отсутствие ощущения того, что их могут любить. В ходе своих исследований, Бек еще раз сделал наблюдение о том, что люди, пережившие в детстве тяжелую утрату склонны к более тяжелой депрессии [41].

Таким образом, соотношение депрессии как нозологии и психологических особенностей депрессивной личности, обусловлены факторами и предикторами, которые описываются в теоретических подходах, которые исследуют проблему депрессии как психологического феномена. В результате все исследования можно условно разделить на три группы, где в одних исследованиях рассматривается соотношение биологических и социальных факторов депрессии как нозологии и психологических особенностей депрессивной личности. В другой группе исследований внимание обращается на депрессивные свойства личности как предикторы депрессии. В третьей группе раскрываются психологиче-

ские особенности депрессивной личности как предикторы депрессии, а депрессия – как биопсихосоциальный фактор депрессивной личности.

Заключение

Исходя из проанализированных работ, становится видно, что в научной среде существует несколько точек зрения на соотношение депрессии как нозологии и депрессивных свойств личности. На наш взгляд, необходимы дополнительные исследования, позволяющие установить являются ли данные группы взглядов именно разными подходами, с акцентами на различных аспектах одних и тех же явлений или же на самом деле существуют различные формы соотношения депрессии и депрессивных свойств личности.

Анализ соотношения факторов и предикторов депрессии как нозологии и психологических особенностей депрессивной личности дает нам возможность сформулировать новую гипотезу о том, что эти два феномена в контексте соотношения и взаимообуславливания друг друга позволяют выделить третий элемент системы – это спектр депрессивности различной интенсивности.

Для решения вопроса, поставленного в данной статье, на наш взгляд, необходимо целостное изучение личностных особенностей пациентов с депрессией различной степени тяжести. При этом необходим классический в изучении депрессии типологический подход для выявления качественных свойств депрессивной личности. Однако необходимо и использование постепенно всё чаще используемого многомерного подхода для выявления степени выраженности различных свойств депрессивной личности. К тому же такая информация позволит понять динамику изменения личности при депрессии различной степени тяжести.

Список источников

1. Wittchen H.U., Jacobi F. Size of burden of mental disorder in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies // *European Neuropsychopharmacology*. 2005. Vol. 15(1). P. 357–376.
2. Ilic N. Psychosomatic diseases and depression with general practice physicians // *European Psychiatry*. 2011. Vol. 26, suppl. 1. P. 1–377. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)72088-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72088-0)
3. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 // *Lancet*. 2014. Vol. 385. P. 117–171. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682-2)

4. Барденштейн Л.М. Клинические критерии, динамика дистимии // Российский медицинский журнал. 2014. № 4. С. 38–40.
5. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression / G.A. Fava, Ch. Ruini., Ch. Rafanelli, L. Finos et al. // American Journal of Psychiatry. 2004. Vol. 161, № 10. P. 1872–1876. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.10.1872>
6. Whooley M.A., Simon G.E. Managing Depression in Medical Outpatients // The New England Journal of Medicine. 2000. Vol. 343. P. 1942–1950. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM200012283432607>
7. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. СПб.: Питер, 2003. 250 с.
8. Депрессия в неврологической практике / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев, Г.М. Дюкова. М.: МИА, 2007. 208 с.
9. Experimental evidence for a motivational origin of cognitive impairment in major depression / A. Scheurich, A. Fellgiebel, I. Schermury [et al.] // Psychological medicine. 2008. Vol. 38. P. 237–246. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291707002206>
10. Hammar A., Lund A., Hugdahl K. Selective impairment in effortful information processing in major depression // Journal of the International Neuropsychological Society. 2003. Vol. 9. P. 954–959. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1355617703960152>
11. Sweeney J.A., Kmiec J.A., Kupfer D.J. Neuropsychologic impairments in bipolar and unipolar mood disorders on the CANTAB neurocognitive battery // Biological Psychiatry. 2000. Vol. 48(7). P. 674–684. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00910-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00910-0)
12. Austin M.P., Mitchell P., Goodwin G.M. Cognitive deficits in depression: possible implications for functional neuropathology // British Journal of Psychiatry. 2001. Vol. 178. P. 200–206. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.178.3.200>
13. Пуговкина О.Д. Нарушения социального познания при депрессии: теоретические подходы, методы изучения и выделенные дефициты // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 4(83). С. 80–97.
14. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey initiative / R.C. Kessler, M. Angermeyer, J.C. Anthony [et al.] // World Psychiatry. 2007. Vol. 6. P. 168–176. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174588/> (дата обращения: 11.07.2021).
15. Joynt K.E., Whellan D.J., O'Connor C.M. Depression and cardiovascular disease: mechanisms of interaction // Biological Psychiatry. 2003. № 54. P. 248–261. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00568-7](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00568-7).
16. Borderline: An adjective still in search of a noun / H.S. Akiskal, S.E. Chen, G.C Davis [et al.] // Journal of Clinical Psychiatry. 1985. Vol. 46. P. 41–48.
17. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.В., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 18–48.
18. Paykel E.S. Depression: major problem for public health // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2006. Vol. 15. № 1. P. 4–10. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001974>
19. Conway M.A. On bias in Autobiographical Recall: Retrospective Adjustments Following is confirmed Expectations // The Journal of Social Psychology. 1990. Vol. 130, № 2. P. 183–189. DOI: <https://doi.org/10.1080/00224545.1990.9924568>
20. Dalla B.G., Gipoloti L., Denes G. Autobiographical memory loss and confabulation in Korsakoff's syndrome: a case report // Cortex. 1990. Vol. 26, № 4. P. 525–534. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0010-9452\(13\)80302-4](https://doi.org/10.1016/s0010-9452(13)80302-4).
21. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish nuclear families: a population-based study / P. Lichtenstein, B.H. Yip, C. Bjork [et al.] // Lancet. 2009. № 373. P. 234–239. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60072-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60072-6)
22. Moskvina V., Craddock N., Holmans P. Gene-wide analyses of genome-wide association data sets: evidence for multiple common risk alleles for schizophrenia and bipolar disorder and for overlap in genetic risk // Molecular Psychiatry. 2009. Vol. 14. P. 252–260. DOI: <https://doi.org/10.1038/mp.2008.133>
23. Klein M., Kupfer D. Personality and depression. N.Y.-London: Guilford Press. 1993. 195 p.
24. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. М.: Бином Лаборатория знаний, 2009. 492 с.

25. Craddock N., Owen M.J. The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy // *British Journal of Psychiatry*. 2005. Vol. 186. P. 364–366. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.186.5.364>
26. Owen M.J., Craddock N. Diagnosis of functional psychoses: time to face the future // *Lancet*. 2009. Vol. 373. P. 190–191. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60053-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60053-2)
27. Do characteristics of patients with major depressive disorder differ between primary and psychiatric care? / T. Melartin, M. Vuorileht, H.J. Ryttsälä, E.T. Isometsä // *Psychological medicine*. 2007. № 37. P. 893–904. DOI: [10.1017/S0033291707000098](https://doi.org/10.1017/S0033291707000098).
28. Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia / W.C. Sanderson, S. Wetzler, A.T. Beck, F. Betz // *Psychiatry Research*. 1992. Vol. 42(1). P. 92–99. DOI: [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(92\)90042-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(92)90042-2)
29. Benjamin L.S. *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. New York, Guilford Press, 2003. 431 p.
30. Cloninger C.R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants // *Archives Of General Psychiatry*. 1987. Vol. 44. P. 573–588. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800180093014>
31. Шнайдер К. *Клиническая психопатология*. Киев. Сфера, 1999. 236 с.
32. Tellenbach H. *Melancholie: Problemgeschichte Endogenität Typologie Pathogenese Klinik*. New York-Berlin: Springer Verlag. 1961. 280 p.
33. Kronmuller K., Backenstrass M. Typus melancholicus Personality Type and the Five-Factor Model of Personality // *Psychopathology*. 2002. Vol. 35, № 2. P. 327–334. DOI: <https://doi.org/10.1159/000068596>
34. Helgason T., Daly J. *Depressive illness: Prediction of course and outcome*. Berlin, Springer-Verlag. 1988. 152 p.
35. Laptok, R.S., Klein D.N., Dougherty L.R. Ten-Year Stability of Depressive Personality Disorder in Depressed Outpatients // *The American Journal of Psychiatry*. 2006. Vol. 163, № 6. P. 856–871. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.5.865>
36. Фрейд З. *Печаль и меланхолия // Психология эмоций. Тексты / под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.*
37. Фенихел О. *Психоаналитическая теория неврозов. М.: Академический проект, 2005. 845 с.*
38. Bleichmar H.B. Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment // *International Journal of Psychoanalysis*. 1996. Vol. 77. P. 935–961.
39. Beck A.T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates // *American Journal of Psychiatry*. 2008. Vol. 165. P. 1–9. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>.
40. Beck A.T. Cognitive models of depression // *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1987. № 1. P. 5–37.
41. Beck A.T., Sethi B., Tuthill R. Childhood bereavement and adult depression // *Archives of General Psychiatry*. 1963. Vol. 9, № 7. P. 295–302. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720150105011>

Поступила 01.11.2021; одобрена после рецензирования 20.12.2021; принята к публикации 15.01.2022.

Об авторах:

Жукова Наталья Владимировна, доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры клинической психологии и педагогики, Уральский государственный медицинский университет (Россия, 620014, Екатеринбург, ул. Репина, д. 3). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9863-257X>, nataly-n.tagil@mail.ru

Чалый Сергей Сергеевич, ассистент кафедры клинической психологии и педагогики, Уральский государственный медицинский университет (Россия, 620014, Екатеринбург, ул. Репина, д. 3). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6867-2821>, sgiys@yandex.ru

Заявленный вклад авторов:

Жукова Н.В. – научное руководство, методологические основания статьи, постановка исследовательской задачи, выводы, разработка концепции статьи, формулировка выводов, подготовка окончательной редакции текста.

Чалый С.С. – сбор материалов по отечественным и зарубежным практикам, подготовка первоначального варианта статьи, критический анализ, обзор соответствующей литературы, написание текста, сбор данных, анализ данных.

Все авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

References

1. Wittchen H.U., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*. 2005;15(4):357–376. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
2. Ilic N. Psychosomatic diseases and depression with general practice physicians. *European Psychiatry*. 2011;26(1):1–377. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)72088-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72088-0)
3. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;385(9963):117–171. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682-2)
4. Bardenshtein L.M. Clinical criteria, dynamics of dysthymia. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal = Russian medical journal*. 2014;4:38-40. (in Russ.).
5. Fava G.A., Ruini Ch., Rafanelli Ch., Finos L. et al. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(10):1872–1876. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.10.1872>
6. Whooley M.A., Simon G.E. Managing Depression in Medical Outpatients. *The New England Journal of Medicine*. 2000;343:1942–1950. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM200012283432607>
7. Beck A., Rush A., Sho B., Emery G. *Kognitivnaya terapiya depressii* [Cognitive therapy of depression]. St. Petersburg: Peter. 2003:250. (in Russ.).
8. Vane A.M., Voznesenskaya T.G., Golubev V.L., Dyukova G.M. *Depressiya v nevrologicheskoi praktike* [Depression in neurological practice]. M.: MIA. 2007:208. (in Russ.).
9. Scheurich A, Fellgiebel A, Schermuly I. et al. Experimental evidence for a motivational origin of cognitive impairment in major depression. *Psychological medicine*. 2008;38(2):237–246. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291707002206>
10. Hammar A., Lund A., Hugdahl K. Selective impairment in effortful information processing in major depression. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2003; 9:954–959. DOI: <https://doi.org/10.1017 / S1355617703960152>
11. Sweeney J.A., Kmiec J.A., Kupfer D.J. Neuropsychologic impairments in bipolar and unipolar mood disorders on the CANTAB neurocognitive battery. *Biological Psychiatry*. 2000; 48(7):674–684. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00910-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00910-0)
12. Austin M.P., Mitchell P., Goodwin G.M. Cognitive deficits in depression: possible implications for functional neuropathology. *British Journal of Psychiatry*. 2001;178:200–206. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.178.3.200>
13. Pugovkina O.D. Models and methods for studying impairment social cognition in depression: theoretical approaches, methods of study and highlighted deficits. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2014;4(83):80–97.
14. Kessler R.C., Angermeyer M., Anthony J.C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organizations World Mental Health Survey initiative. *World Psychiatry*. 2007;6:168–176. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174588/> (accessed 11.07.2021)
15. Joynt K.E., Whellan D.J., O'Connor C.M. Depression and cardiovascular disease: mechanisms of interaction. *Biological Psychiatry*. 2003;54(3):248–261. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00568-7](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00568-7)

16. Akiskal H.S., Chen S.E., Davis G.C., Puzantian V.R. et al. Borderline: an adjective in search of a noun. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1985;46(2):41–48.
17. Garanyan N.G., Holmogorova A.V., Yudeeva T.Yu. Perfectionism, depression and anxiety. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal = Moscow psychotherapeutic journal*. 2001;4:18–48. (in Russ.)
18. Paykel E.S. Depression: major problem for public health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006;15(1):4–10. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001974>
19. Conway M.A. On bias in Autobiographical Recall: Retrospective Adjustments Following is confirmed Expectations. *The Journal of Social Psychology*. 1990;130(2):183–189. DOI: <https://doi.org/10.1080/00224545.1990.9924568>
20. Dalla B.G., Cipolotti L., Denes G. Autobiographical memory loss and confabulation in Korsakoff's syndrome: a case report. *Cortex*. 1990;26(4):525–534. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0010-9452\(13\)80302-4](https://doi.org/10.1016/s0010-9452(13)80302-4).
21. Lichtenstein P., Yip B.H., Björk C. et al. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *Lancet*. 2009;373(9659):234–2349. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60072-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60072-6)
22. Moskvina V., Craddock N., Holmans P. Gene-wide analyses of genome-wide association data sets: evidence for multiple common risk alleles for schizophrenia and bipolar disorder and for overlap in genetic risk. *Molecular Psychiatry*. 2009;14:252–260. DOI: <https://doi.org/10.1038/mp.2008.133>
23. Klein M., Kupfer D. Personality and depression. N.Y.-London: Guilford Press. 1993:195.
24. Kraepelin E. *Vvedenie v psikhiatricheskuyu kliniku* [Introduction to a psychiatric clinic]. Moscow. Binom Laboratoriya znaniy. 2009:492. (in Russ.)
25. Craddock N., Owen M.J. The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *British Journal of Psychiatry*. 2005;186:364–366. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.186.5.364>
26. Owen M.J., Craddock N. Diagnosis of functional psychoses: time to face the future. *Lancet*. 2009;373:190–191. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60053-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60053-2)
27. Vuorilehto M.S., Melartin T.K., Rytsälä H.J., Isometsä E.T. Do characteristics of patients with major depressive disorder differ between primary and psychiatric care? *Psychological medicine*. 2007;37(6):893–904. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291707000098>.
28. Sanderson W.C., Wetzler S., Beck A.T., Betz F. Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Research*. 1992;42(1):93–99. DOI: [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(92\)90042-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(92)90042-2)
29. Benjamin L.S. *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. New York, Guilford Press. 2003:431.
30. Cloninger C.R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*. 1987;44(6):573–588. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800180093014>
31. Schneider K. *Klinicheskaya psikhopatologiya* [Clinical psychopathology]. Kiev. Sfera. 1999:236.
32. Tellenbach H. *Melancholie: Problemgeschichte Endogenität Typologie Pathogenese Klinik*. New York-Berlin: Springer Verlag. 1961:280.
33. Kronmüller K., Backenstrass M. Typus melancholicus Personality Type and the Five-Factor Model of Personality. *Psychopathology*. 2002;35(2): 327–334. DOI: <https://doi.org/10.1159/000068596>
34. Helgason T., Daly J. *Depressive illness: Prediction of course and outcome*. Berlin, Springer-Verlag. 1988:152.
35. Lipton R.S., Klein D.N., Dougherty L.R. Ten-Year Stability of Depressive Personality Disorder in Depressed Outpatients. *The American Journal of Psychiatry*. 2006;163(5):865–871. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.5.865>
36. Freid Z. Pechal' i melankholiya [Sadness and melancholy]. *Psikhologiya emotsii. Teksty* [Psychology of Emotions]. Ed. V.K. Vilyunasa, Yu.B. Gippenreiter. Moscow. MSU Publ. House. 1984.
37. Fenikhel O. *Psikhoanaliticheskaya teoriya nevrozov* [Psychoanalytic theory of neuroses]. Moscow. Akademicheskii proekt. 2005:845.
38. Bleichmar H.B. Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis*. 1996;77(Pt5):935–961.

39. Beck A.T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(8):969–977. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>.

40. Beck A.T. Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1987;1:5–37.

41. Beck A.T., Sethi B., Tuthill R. Childhood bereavement and adult depression // *Archives of General Psychiatry*. 1963;9(7):295–302. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720150105011>

Submitted 01.11.2021; approved after reviewing 20.12.2021; accepted for publication 15.01.2022.

About the authors:

Natalia V. Zhukova, Doctor of Psychological Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Clinical Psychology and Pedagogy, Ural State Medical University (3, Repina str., Ekaterinburg, 620014, Russia). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9863-257X>, nataly-n.tagil@mail.ru

Sergey S. Chaly, Assistant of the Department of Clinical Psychology and Pedagogy, Ural State Medical University (3, Repina str., Ekaterinburg, 620014, Russia). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6867-2821>, sgiys@yandex.ru

Contribution of the authors:

N.V. Zhukova – scientific management, methodological basis of research, research problem statement, drawing the conclusions, development of the research concept, formulation of conclusions, preparation of the final version of the text.

S.S. Chaly – gathering of information related to local and international practices, writing the draft, critical analysis, reviewing the relevant literature, writing the text, data collection, data analysis.

All authors have read and approved the final manuscript.