

ЗАТЯЖНЫЕ ДЕПРЕССИИ (ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ, ПРОГНОЗ, ТЕРАПИЯ)

О. П. Вертоградова, В. В. Петухов

Московский НИИ психиатрии

В большинстве стран за последние 40 лет отмечается неуклонный рост депрессивных расстройств. По расчетам и прогнозу Гарвардской школы здравоохранения, основанных на материалах ВОЗ и Всемирного Банка, депрессия в 1990 году по тяжести ведущих причин бремени болезни занимала 4 место, а по базовому сценарию развития к 2020 году выйдет на 2 место после ишемической болезни сердца (27).

Согласно статистическим данным центров ЕСА (Epidemiological Catchments Area), наибольший риск развития депрессивного эпизода приходится на 25–44 года. Это особенно важно, поскольку уровень нетрудоспособности среди пациентов с психическими расстройствами выше, чем при распространенных хронических заболеваниях, таких как гипертония, диабет, артрит, остеохондроз, а среди больных с основными психическими расстройствами депрессия занимает ведущее место по частоте утраты трудоспособности (17,3%) и затруднению в выполнении широкого круга социальных, производственных, семейных и личностных функций (24), снижению продолжительности и качества жизни (22).

Исследователи разных стран свидетельствуют, что за последние десятилетия отмечается увеличение количества затяжных и резистентных к терапии депрессивных состояний (3, 7, 12, 18, 19, 23, 26, 28). Согласно исследованиям, от 15 до 30% депрессий характеризуется затяжным течением (4, 8, 13, 23). У каждого пятого больного депрессия затягивается примерно до 2 лет (17).

Целью настоящего исследования явилось установление закономерностей формирования и течения затяжных депрессий; совершенствование критериев их прогноза и методов терапии.

Материалы и методы исследования

На основании эпидемиологических показателей 10 врачебных участков ПНД № 8 ВАО г. Москвы с 2000 по 2003 год под диспансерным и консультативным наблюдением находились 33 847 человек. Из них состояние 952 пациентов соответство-

вало критериям МКБ-10 «Расстройства настроения (аффективные расстройства)» – F3: 430 человек (45,3%) было оценено как биполярное аффективное расстройство – F31 (169 пациентов) и рекуррентное депрессивное расстройство – F33 (261 пациент). У 74 пациентов (17,2%) длительность депрессивной фазы составляла от 6 месяцев до 2 лет.

В соответствии с целью и задачами исследования из 430 пациентов была выделена группа больных (100 наблюдений): 74 пациента с затяжным течением депрессивной фазы (от 6 мес. до 1,5 лет) – основная группа и 26 пациентов с длительностью депрессивной фазы от 3 недель до 4 месяцев – контрольная группа. Критериями включения пациентов в исследование были наличие депрессивного состояния в рамках биполярного аффективного расстройства (по критериям МКБ-10 F31.3 или F31.4) или рекуррентного депрессивного расстройства, умеренный или тяжелый депрессивный эпизод (по критериям МКБ-10 F33.1 или F33.2).

Согласно критериям МКБ-10, 24,3% (18 больных) основной и 38,5% (10 больных) контрольной группы оценивались как биполярное аффективное расстройство (F31.3 и F31.4); 75,7% (56 больных) основной и 61,5% (16 больных) контрольной группы – как рекуррентное депрессивное расстройство (F33.1 и F33.2). Изученную выборку составили 29,7% (22) мужчин основной и 26,9% (7) мужчин контрольной группы; 70,3% (52) женщин основной и 73,1% (19) женщин контрольной группы в возрасте на момент исследования от 21 года до 75 лет, в среднем $56,7 \pm 3,4$ года в основной группе и $46,7 \pm 5,3$ лет в контрольной ($p > 0,05$). Длительность заболевания на момент исследования в основной группе составила в среднем $15,4 \pm 1,6$ лет; в контрольной группе – $9,02 \pm 2,4$ лет. Среднее число перенесенных депрессивных фаз к моменту обследования составляло $8,3 \pm 1,04$ и $3,1 \pm 0,9$ соответственно. Изучаемая депрессивная фаза в основной группе длилась от 6 месяцев до 1,5 лет (в среднем

8,9±0,9 мес.); в контрольной группе – от 3 недель до 4 месяцев (в среднем 1,8±0,4 мес.). В основной группе преобладали пенсионеры (41,9% наблюдений), а в контрольной группе служащие и квалифицированные рабочие (61,5%). В 68,9% наблюдений основной и 53,9% контрольной группы пациенты были холосты или вдовы.

Основной метод исследования – клинико-психопатологический с применением клинической карты оценки депрессии, разработанной в отделении аффективной патологии Московского научно-исследовательского института психиатрии. Наряду с клинико-психопатологическим и структурно-динамическим анализом настоящего состояния, проводилось исследование предшествующего течения заболевания (с использованием данных субъективного и объективного анамнеза; сведений, содержащихся в амбулаторных картах и клинических историях болезней), позволившее выявить особенности развития всего заболевания и формирования затяжных депрессивных фаз. Для оценки тяжести депрессивного состояния и эффективности терапии использовалась психометрическая шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS–21). Критериями включения в исследование являлась выраженность депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона (HDRS–21) более 20 баллов (в среднем 28,2±1,1 балла в основной группе и 24,8±0,9 балла в контрольной).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 5.0 и статистических функций программы Microsoft Excel 5.0. Межгрупповые статистические различия для количественных признаков рассчитывались с помощью непараметрического метода U – критерия Манна-Уитни; для качественных признаков – по критерию Фишера. Для оценки сдвига значений исследуемых признаков использовался метод G – критерий знаков.

Результаты исследования и обсуждение

Результаты исследования основывались на данных сравнительного анализа основной и контрольной групп.

Наследственная отягощенность психическими заболеваниями (до 2 степени родства) достоверно значима ($p<0,01$) для формирования депрессий в целом (64,9% основной и 96,2% контрольной группы), при этом в контрольной группе отмечено достоверное преобладание ($p<0,01$) гомогенной наследственной отягощенности (14,9% и 42,3% соответственно). При оценке церебрально-органической отягощенности (выявленной неврологически и электрофизиологически), получены данные о достоверном ее преобладании ($p<0,01$) при затяжном течении депрессивных фаз (54,1% основной и 23,1% контрольной группы). Длительные психотравмирующие факторы в анамнезе (алкоголизм близкого родственника, длительные конфликтные отношения в семье,

одиночество, конфликтные ситуации на работе) и острые психогении (тяжелая болезнь или смерть близкого человека, тяжело переживаемый разрыв с любимым, судебные разбирательства, социально-экономические кризисы) также преобладали ($p<0,01$) при затяжном течении депрессий (78,4% основной и 42,3% контрольной группы). Соматическая отягощенность (инсулинозависимый сахарный диабет, обострение холецистита, медицинский аборт, заболевания щитовидной железы, климактерический период) была достоверно выше ($p<0,01$) в период, предшествующий развитию затяжной депрессивной фазы (64,9% основной и 19,2% контрольной группы).

Отмечены достоверные различия ($p<0,05$) возраста начала заболевания в основной и контрольной группах. В основной группе наибольший процент начала заболевания – в возрасте старше 40 лет (60,8%); в контрольной группе – до 40 лет (65,4%), при этом у меньшего числа больных контрольной группы – в более позднем возрасте (34,6%). Изучение преморбидных особенностей личности выявило достоверное преобладание лиц с чертами тревожной мнительности (58,1%) – в основной группе ($p<0,01$), а с астеническими (53,8%) – в контрольной ($p<0,01$). Для больных основной и контрольной групп был характерен преимущественно рекуррентный тип течения (75,7% и 61,5% соответственно).

Анализ длительности депрессивных фаз показал, что в основной группе на протяжении всего заболевания происходила смена затяжных (длительностью более 6 мес.) и не затяжных фаз. В 43,2% наблюдений основной и 100% контрольной групп депрессивная фаза, предшествующая изучаемой, продолжалась от 1,5 до 6 месяцев, то есть не являлась затяжной. Лишь в 4 наблюдениях основной группы (5,4%) каждая последующая депрессивная фаза была длиннее предыдущей.

Для установления особенностей формирования затяжного течения был проведен анализ соотношения длительности заболевания и количества депрессивных фаз до первой затяжной фазы. Первая затяжная депрессия часто являлась либо дебютом заболевания (47,3% наблюдений), либо развивалась в течение первого года заболевания (17,6%) и затяжному течению предшествовали 1–2 депрессивные фазы (33,8%).

Полученные данные свидетельствуют, что при депрессиях с затяжным течением фазы достоверно преобладают такие факторы, как поздний возраст начала заболевания (старше 40 лет); дебют заболевания затяжной фазой; наличие церебрально-органической отягощенности и тревожно-мнительных черт личности в преморбиде; длительные психотравмирующие ситуации и соматогенные факторы, предшествующие развитию затяжной фазы.

Для выявления клинико-психопатологических особенностей проведено сравнительное изучение клинической картины фаз и течения заболевания

основной и контрольной групп. Учитывались характер ведущего депрессивного аффекта – тоскливый, тревожный, апатический; гармоничность депрессивной триады (соответствие выраженности основных элементов депрессивной триады: идеаторного, моторного и аффективного компонентов); сложность психопатологической структуры депрессии в целом (5, 6).

Психопатологический анализ структурных особенностей депрессии у обследованных больных, проведенный с учетом типа доминирующего аффекта, выявил достоверное ($p<0,05$) преобладание тревожного аффекта в основной группе (60,8%) и тоскливого в контрольной группе (46,1%), в то время, как представленность апатического аффекта в обеих группах была меньше (9,5% и 15,4% соответственно).

В клинической практике тоска, тревога и апатия находятся в динамической связи, имеют различную степень выраженности, но, как правило, на определенном отрезке времени один из компонентов преобладает (5, 10–13).

Анализ выраженности компонентов депрессивного аффекта выявил его структурную сложность в затяжной депрессивной фазе. Так, при доминировании тревожного аффекта (60,8% наблюдений) средняя выраженность тревожного аффекта превышала выраженность тоскливого и апатического компонентов, что позволило выделить тревожно-тоскливый (43,2%) и тревожно-апатический (17,6%) варианты. При доминировании тоскливого аффекта (29,7% наблюдений) – тоскливо-тревожный вариант (14,9%) и тоскливо-апатический (14,9%); при доминировании апатического аффекта (9,5% наблюдений) – апатико-тоскливый (6,8%) и апатико-тревожный (2,7%) варианты.

В контрольной группе выявлена более простая структура аффекта, с преобладанием тоскливого компонента, отсутствием тревожно-апатического и апатико-тревожного вариантов.

Изучение психопатологической структуры затяжных депрессий показало их клиническую неоднородность, обусловленную структурными особенностями депрессивного аффекта, с учетом которых были выделены 3 группы: с ведущим аффектом тревоги, тоски и апатии.

При затяжном течении фазы с доминирующим тревожным аффектом достоверно чаще ($p<0,01$) регистрировался дисгармоничный вариант депрессивной триады (80,0%): 51,1% с тревожно-тоскливым аффектом и 28,9% с тревожно-апатическим. В контрольной группе преобладал гармоничный вариант депрессивной триады – 70,0% наблюдений с тревожно-тоскливым вариантом аффекта ($p<0,01$). У больных основной группы достоверно чаще выявлялись соматогенные влияния, предшествующие развитию затяжной фазы. Значительное место в структуре затяжной депрессивной фазы (68,9% основной группы) занимали телесные сенсации, которые в контрольной

группе не регистрировались ($p<0,01$), воспринимаемые больными как крайне мучительные ощущения алгического, термического, мигрирующего характера, а также с чувством сдавления и тяжести, локализующиеся в грудной клетке, в сердце, животе. В 86,7% наблюдений основной группы ($p<0,01$) на этой основе формировались ипохондрические идеи.

При сравнительном анализе психопатологической картины с доминирующим тоскливым аффектом было отмечено, что при затяжном течении фазы в 50,0% наблюдений регистрировался тоскливо-тревожный дисгармоничный вариант депрессивной триады и в 50,0% – тоскливо-апатический гармоничный вариант. Для большинства наблюдений контрольной группы был более характерен гармоничный вариант ($p<0,05$), который регистрировался в 83,3% наблюдений (58,3% с тоскливо-тревожным типом депрессивного аффекта и 25,0% с тоскливо-апатическим). Диссоциированный вариант депрессивной триады у больных с доминированием тоски не регистрировался. У больных основной группы при доминировании тоскливого аффекта достоверно чаще отмечалось развитие затяжной фазы на фоне соматогенных факторов. В структуре затяжной депрессивной фазы значительное место занимали идеи виновности, связанные с болезнью – 86,4% основной и 33,3% контрольной группы ($p<0,01$).

При затяжном течении фазы с доминирующим аффектом апатии преобладал дисгармоничный (42,9% наблюдений) вариант депрессивной триады, а в контрольной группе в 100% наблюдений – гармоничный ($p<0,05$). Апатико-тревожный вариант аффекта с диссоциированностью депрессивной триады регистрировался только в основной группе (28,6% наблюдений). В структуре затяжной депрессивной фазы значительное место занимали анестетические проявления (71,4%) и симптомы соматодеперсонализации (57,1%).

Таким образом, при сравнительном анализе клинко-психопатологической структуры затяжных депрессий (74 наблюдения) и контрольной группы (26 наблюдений) отмечено, что для затяжного течения депрессивных фаз характерным является преобладание сложной структуры депрессивного аффекта с дисгармоничным вариантом депрессивной триады (67,6% наблюдений; $p<0,01$). В контрольной группе достоверно преобладал гармоничный вариант депрессивной триады (80,8% наблюдений; $p<0,01$).

В структуре затяжной депрессивной фазы (основная группа) достоверно чаще регистрировались идеи малоценности ($p<0,05$), виновности ($p<0,05$); ипохондрические идеи ($p<0,01$), телесные сенсации ($p<0,01$).

Лечение больных с затяжными депрессивными состояниями проводилось с учетом типа доминирующего аффекта, варианта депрессивной триады и психопатологической структуры деп-

рессии в целом. Длительность текущей затяжной депрессивной фазы на момент начала исследования составила от 6 месяцев до 1,5 лет, в среднем $8,9 \pm 0,9$ месяцев. Под нашим наблюдением больные находились от 3 до 4 месяцев, в течение которых отмечены определенные изменения клинического состояния. В первую очередь, это касается типа доминирующего депрессивного аффекта и характеристики триады. Другие составляющие депрессивного синдрома обнаруживали определенные соотношения с преобладающим аффектом и его выраженностью.

Оценка эффективности проводимой терапии проводилась по показателям процента редукции суммарного балла шкалы Гамильтона. Основной характеристикой эффективности терапевтического процесса являлось достижение ремиссии – редукция баллов по шкале HDRS до 7 баллов и менее.

Эффективность проводимой психофармакотерапии при затяжном течении депрессивных фаз обнаруживала зависимость от структуры депрессивного состояния (типа доминирующего аффекта, гармоничности депрессивной триады, степени выраженности психопатологических проявлений). При терапии больных основной группы трициклическими антидепрессантами в течение 4–6 недель, наибольший процент редукции симптоматики по шкале Гамильтона (HDRS–21) обнаружен в группе с доминирующим тоскливым аффектом ($n=22$) при лечении анафранилом (52,7%). В группах с доминирующими аффектами апатии ($n=7$) и тревоги ($n=45$) суммарный балл шкалы Гамильтона уменьшился менее, чем на 50% (на 41,2% при терапии мелипрамином и на 39,7% – амитриптилином).

При анализе терапевтической динамики основной группы в большинстве наблюдений (81,1%) можно отметить изменения типа доминирующего аффекта в условиях терапии трициклическими антидепрессантами. В большинстве наблюдений через 4–6 недель терапии выявлялась тенденция к снижению представленности тревожного (с 60,8% до 27,0% наблюдений) и тоскливого (с 29,7% до 21,6% наблюдений) компонентов с постепенным выходом на первый план апатии (с 9,5% до 51,4% наблюдений).

Психопатологические симптомы, характерные для депрессий с доминированием аффектов тревоги и тоски, на протяжении затяжной фазы претерпевали изменения. При снижении выраженности изначально доминирующих тревоги и тоски, часть психопатологических проявлений отражала преобладание выходящей на первый план апатии.

Терапия затяжных депрессивных состояний (основная группа, 74 наблюдения) трициклическими антидепрессантами в течение 4–6 недель оказалась недостаточно эффективной. Несмотря на повышение доз и парентеральное введение препаратов, дальнейшей редукции симптоматики

не наблюдалось. Это потребовало изменения терапии с введением антидепрессантов других групп (лудиомил, леривон, коаксил), транквилизаторов (феназепам, грандаксин), нейролептиков (хлорпротиксен), нормотимиков (финлепсин, лития карбонат). Психотерапевтические методы в виде рациональной психотерапии применялись у всех исследованных больных.

Продолжительность активной терапии при затяжном течении депрессивной фазы составила 12–16 недель, в то время как в контрольной группе – 6–8 недель.

В результате проведенной терапии средние показатели по шкале Гамильтона основной группы оказались ниже принятых для оценки состояния как депрессивного (7 баллов) и составили для группы с доминированием тоски (22 наблюдения) $4,3 \pm 0,8$ балла ($p < 0,01$); апатии (7 наблюдений) – $4,6 \pm 1,04$ балла ($p < 0,01$); тревоги (45 наблюдений) – $6,3 \pm 0,7$ балла ($p < 0,01$); процент редукции симптоматики в конце исследования – 82,2%; 78,4%; 79,7% соответственно. Состояние больных основной группы к окончанию исследования определялось в значительной степени типом ведущего аффекта. У больных с доминирующим в начале исследования аффектом тревоги сохранялись остаточные симптомы, преимущественно в виде склонности к формированию ипохондрических фиксаций с повышенным вниманием к своему здоровью и периодических колебаний настроения с тревожным оттенком, связанных с опасениями возврата болезни, неуверенностью в своих силах.

При выходе из затяжной депрессии с доминирующим аффектом тоски отмечалась склонность к периодическим ситуационно обусловленным незначительным спадам настроения, которые чаще соотносились с личностными особенностями (повышенная ранимость, чувствительность), что совпадает с данными, отмечаемыми другими авторами («депрессивный флер» – 9).

У больных с доминирующей апатией отмечалось некоторое снижение адаптационных возможностей в сфере увлечений, хобби, сексуальной сфере.

Специально следует отметить частоту расстройств астенического спектра: повышенная утомляемость, истощаемость, недомогание, слабость, чувство усталости («реакции астенического типа») (1, 14). Наличие астенических проявлений предположительно можно связать со значительным включением в исследование больных позднего возраста – после 50 лет (71,6%) и влиянием сосудистых расстройств, соматической и церебрально-органической отягощенности.

Терапевтическая динамика депрессивного состояния контрольной группы (26 наблюдений) характеризовалась гармоничной обратной редукцией депрессивных симптомов. Продолжительность терапии в контрольной группе составляла 6–8 недель. Среднее значение суммарного балла соста-

вило для группы с доминированием тоски $0,8 \pm 0,5$ балла (96,7% редукции); апатии $2,8 \pm 0,9$ балла (88,3% редукции); тревоги $1,4 \pm 0,7$ балла (94,5% редукции). При доминировании тревожного и тоскливого аффектов в 22 наблюдениях (84,6%) регистрировался выход в ремиссию высокого качества без остаточных симптомов и при хороших адаптационных возможностях. При доминировании апатии, в 4 наблюдениях (15,4%), в ремиссии пациенты стали активнее, но продолжали жаловаться на недомогание, чувство усталости, слабость, быструю утомляемость. Социальное положение больных основной и контрольной группы после проведенного исследования не изменялось.

Таким образом, при сравнительном анализе терапевтической динамики затяжных депрессий

(основная группа) с контрольной группой в рамках биполярного аффективного расстройства и рекуррентного депрессивного расстройства были отмечены существенные различия в степени редукции психопатологической симптоматики и длительности терапии.

Структура депрессивного аффекта обнаруживает связи с длительностью депрессивной фазы, характером динамики, прогнозом и качеством ремиссии. Лечение затяжных депрессий требует проведения последовательных курсов психофармакотерапии при выборе антидепрессантов с учетом типа доминирующего аффекта на начальных этапах и присоединением в дальнейшем транквилизаторов, нейролептических препаратов и психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С. Антиастенические препараты как терапия первого выбора при астенических расстройствах // Русский медицинский журнал. – 2004. – Т. 12, № 22. – С. 1290–1292.
2. Аведисова А.С. Ремиссия: новая цель терапии и новые методы ее оценки // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б.Ганнушкина. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 156–158.
3. Аксенов В.Г. Ипохондрическое развитие личности в клинике затяжных эндогенных расстройств // VI съезд невропатологов, психиатров и наркологов. – Томск, 1986. – С. 103–104.
4. Вельтищев Д.Ю. Соотношение эндогенных и ситуационных факторов в психопатологической картине и динамике первично развивающихся затяжных депрессивных состояний. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1988. – 171 с.
5. Вертоградова О.П. Возможные подходы к типологии депрессий // Депрессия (психопатология, патогенез). – М., 1980. – С. 9–15.
6. Вертоградова О.П., Волошин В.М. Анализ структуры депрессивной триады как диагностического и прогностического признака // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – М., 1983. – Т. LXXXIII, Вып. 8. – С. 1189–1194.
7. Вертоградова О.П., Деметьева Н.Ф., Войцех В.Ф., Краснов В.Н. и соавт. Психопатологическая структура затяжных эндогенных депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – М., 1978. – Т. LXXVIII, Вып. 12. – С. 1830–1835.
8. Вовин Р.Я., Аксенова И.О. Затяжные депрессивные состояния. – Л.: Медицина, 1982. – 192 с.
9. Вовин Р.Я., Мазо Г.Э., Иванов М.В. Особенности терапевтической динамики у больных эндогенной депрессией при лечении серотонинергическими антидепрессантами // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 87–92.
10. Войцех В.Ф. Роль структуры депрессии в терапевтической эффективности у больных среднего возраста // Возрастные аспекты депрессий (клиника, диагностика, терапия). – М., 1987. – С. 51–58.
11. Григорьева Е.А., Савельев Л.Н., Дьяконов А.Л. Применение димексида для преодоления терапевтической резистентности у больных с затяжными депрессиями // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7. – С. 93–97.
12. Дмитриев А.С. Клинико-диагностические критерии затяжных тревожных депрессий при маниакально-депрессивном психозе и приступообразно протекающей маниакальной депрессии // Журн. невропатол. и психиатр. им. Корсакова. – 1989. – № 4. – С. 73–76.
13. Зорин В.Ю. Формирующиеся в условиях стрессогенной ситуации затяжные депрессивные состояния // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1996. – № 6. – С. 23–27.
14. Краснов В.Н. Закономерности динамики депрессий: клинические, патогенетические и терапевтические аспекты // Депрессии и коморбидные расстройства. – М., 1997. – С. 80–97.
15. Пантелеева Г.П. Место аффективных и шизоаффективных психозов в современной систематике эндогенных заболеваний // Аффективные и шизоаффективные психозы. Современное состояние и проблемы. – М., 1998. – С. 68–77.
16. Пантелеева Г.П. Аффективные заболевания // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С.Тиганова. – М.: «Медицина», 1999. – С. 555–599.
17. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М., 1997. – 496 с.
18. Смулевич А.Б. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – № 4. – С. 128–132.
19. Тиганов А.С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики // Депрессия и коморбидные расстройства / Под ред. проф. А.Б.Смулевича. – М., 1997. – С. 12–26.
20. Тиганов А.С., Пантелеева Г.П., Цуцельковская М.Я. Эндогенные психические заболевания в адаптированной для использования в РФ версии международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) // Психиатрия. – 2003. – № 1. – С. 17–23.
21. Тиганов А.С., Пчелина А.Л. Затяжные эндогенные депрессии // Материалы IV Советско-Финляндского симпозиума по проблемам депрессий. – М., 1983. – С. 19–20.
22. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных. Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1999. – 432 с.
23. Angst J. How recurrent and predictable is depressive illness? // Long-term treatment of depression / S.Montgomery, F.Rouillon (Eds.). – NY: John Wiley, 1992.
24. Desjarlais R., Eisenberg L., Good B. et al. World mental health: problems and priorities in low-income countries. – New York: Oxford university press, 1995.
25. Kupfer D.J., Fank E., Perel J.M. et al. Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression // Arch. Gen. Psychiatry. – 1992. – Vol. 49. – P. 769–773.
26. Lopes Ibor J.J. Depressive equivalents // Masked depression / P.Kielholtz (Ed.). – Huber: Berne-Stuttgart-Vienna, 1973. – P. 97–112.
27. Murray J.L., Lopez A.D. (Eds). The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease. Injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020 (Summary). – WHO, World Bank, Harvard School of Public Health, 1996.
28. Winokur G. Unipolar depression: Is it divisible into autonomous subtypes? // Arch. Gen. Psychiatry. – 1979. – Vol. 36, N 1. – P. 45–52.

PROTRACTED DEPRESSION: REGULARITIES OF FORMATION, PROGNOSIS AND THERAPY

O. P. Vertogradova, V. V. Petoukhov

The authors present the results of a psychopathological investigation of patients with long depressive episodes (duration 6 months to 2 years) within bipolar affective disorder and recurrent depressive disorder, specifically, the data about the rate and psychopathological structure of protracted depression in out-patient psychiatric practice. Representative clinical material was compared with the control group (duration of depressive episode from 3 weeks to 4 months) with special regard for

the prevalent affect. The authors describe the factors that seem to influence the formation of protracted depression as well as their psychopathological structure and typological variants, which appear to be associated with the structure of the affect that influences its dynamics. The authors describe the principles of differentiated therapy and prognosis for a protracted depressive episode (with regard for psychopathological structure)