

Петрунко О.В.

## ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО С ХРОНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ

*Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Иркутск, Россия*

*Хронические депрессии характеризуются не только большой распространённостью, но и значительным уровнем коморбидных психических расстройств, высоким риском самоубийства, частыми госпитализациями, существенным снижением качества жизни и социального функционирования, высокими экономическими затратами. Приведён современный взгляд на особенности клинико-психопатологической структуры и течения хронических депрессий, представлена их современная классификация. Проанализированы факторы, определяющие хроническое течение депрессивного расстройства.*

**Ключевые слова:** хроническая депрессия, депрессивное расстройство, дистимия

## CHRONIC DEPRESSIVE DISORDERS

Petrunko O.V.

*Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Irkutsk, Russia*

*Despite the greater prevalence of chronic depression, there are controversial questions about the clinical and psychopathological structure of the course and determinants of chronic depressive disorder. There is an abundance of terms applicable to the long-term depressive disorders, and significant discrepancies in the assessment of these states. The allocation of chronic depression is not provided according to ICD-10 (1994). Chronic depression and dysthymia combine into one diagnosis “persistent depressive disorder (dysthymia)” according to DSM-V (2013). The possible determinants of chronic depression were analyzed: demographics (age and gender), social (education, socioeconomic and marital status) and psychobiological (children’s experience, personal characteristics, previous mental and physical illness) vulnerability, stressful life events and social support, factors associated with the disease (severity of depression, comorbid conditions, number and duration of previous episodes).*

**Key words:** chronic depression, depressive disorder, dysthymia

В последние десятилетия отмечается значительный рост затяжных, хронических и резистентных к терапии депрессивных состояний [25]. Хронические депрессии рассматриваются как «вызов» современной психиатрии [44], так как характеризуются не только широкой распространённостью среди депрессивных состояний [21, 25, 34, 45, 47], но и существенным снижением качества жизни [50], значительным нарушением социального и профессионального функционирования, часто приводящим к нетрудоспособности у данной категории пациентов [17]. При хронических депрессиях увеличивается риск самоубийства [48], отмечается высокий уровень коморбидных психических расстройств [18], частые госпитализации, высокие экономические затраты и увеличение использования ресурсов здравоохранения [27]. До настоящего времени остаются дискуссионными вопросы о клинико-психопатологической структуре, особенностях течения и факторах, определяющих хроническое течение депрессивного расстройства.

Рекуррентная депрессия традиционно рассматривается как расстройство с относительно благоприятным прогнозом, большинство эпизодов депрессии считаются временными. Введение в клиническую практику антидепрессантов в 50-е годы XX века повысило терапевтический оптимизм для данной категории пациентов [41]. Тем не менее, современные исследования демонстрируют высокую распространённость хронических депрессий. Если в

начале XX века, по данным Е. Краепелин (1904), хронические депрессивные состояния составляли 5 % [37], то в современных работах этот показатель варьирует и достигает 30 % [21, 25, 34, 45, 47].

Хронические депрессии отличаются большим количеством ранее перенесённых депрессивных эпизодов, большей длительностью заболевания [36]. У 25 % пациентов депрессивный эпизод длится более 2 лет [49], у 7 % – более 10 лет [39]. Согласно другим данным, в течение первого года выздоравливают 48 % пациентов с депрессивным расстройством, у 33 % сохраняется депрессивная симптоматика, а спустя 5 лет у 12 % происходит хронификация процесса, т. е. заболевание течёт непрерывно [25]. После проведённой терапии у пациентов с хроническими депрессиями в 37 % случаев отмечалось рецидивирование депрессивной симптоматики в течение 6 месяцев, в 50 % – в течение года [13].

Депрессивные состояния с длительным течением описываются как бедные симптомами хронические дистимические депрессии [28], протрагированные депрессии [43], некурабельные депрессии [12], двойные депрессии [34], затяжные депрессии [3, 4, 5, 10, 11], хронические депрессии [4, 9, 11]. Существующее обилие терминов, применяемых к длительно текущим депрессивным расстройствам, связано со значительными разночтениями в оценке этих состояний. До настоящего времени остаётся нерешённым вопрос о временном критерии, отражающем характер тече-

ния депрессии. Так, временной диапазон отнесения к затяжным депрессиям варьирует от нескольких месяцев до 1–1,5 лет.

В МКБ-10 (1994) выделение хронической депрессии не предусмотрено [6]. В соответствии с критериями американского диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам DSM-IV-TR (2000), о хроническом течении большого депрессивного расстройства (БДЭ) можно говорить только в том случае, когда симптомы заболевания сохраняются на протяжении 2 и более лет [15]. DSM-IV-TR (2000) определяет четыре подтипа хронической депрессии: хронический большой депрессивный эпизод; дистимическое расстройство; «двойные депрессии» в случае наложения депрессивного эпизода на дистимию; рецидивирующий БДЭ с неполным выздоровлением между эпизодами [15]. Дифференциация между расстройствами основывается на тяжести симптоматики. Для диагностики дистимии необходимо отсутствие БДЭ в течение периода 2 лет лёгкой хронической депрессии. Среди различных клинических выборок депрессивных пациентов не менее 25 % актуальных случаев соответствовали критериям двойной депрессии [34]. Сопутствующее дистимическое расстройство существенно ухудшает прогноз депрессии, увеличивая риск хронического течения или рецидива. Последние годы высказывалось мнение, что указанные подтипы депрессии имеют больше сходств, чем различий [40], а некоторые авторы рекомендуют вообще не разделять депрессивные расстройства на острые и хронические формы [48].

В DSM-V (2013) хроническая депрессия и дистимия объединены в один диагноз – стойкое депрессивное расстройство (дистимия), – когда в период двух лет у пациентов не отмечается исчезновение депрессивных симптомов более чем на 2 месяца [16]. Приводится ряд уточняющих показателей: дистимический синдром (нет полных критериев БДЭ в течение 2 лет); стойкий БДЭ (полные критерии БДЭ в течение всего периода 2 лет); интермиттирующий БДЭ с текущим эпизодом депрессии (полные критерии БДЭ присутствуют, но были периоды по крайней мере 8 недель за 2-летний период с симптомами, не достигающими уровня БДЭ); интермиттирующий БДЭ без текущего эпизода депрессии (полные критерии большого депрессивного эпизода в настоящее время отсутствуют, но на протяжении 2 лет был один или несколько эпизодов БДЭ).

По определению Национального института психического здоровья США, исход большого депрессивного эпизода может быть следующим: полная ремиссия при отсутствии симптомов в течение двух месяцев; если симптомы возвращаются в период до 2 месяцев – возврат болезни (relapse); появление симптомов после 2 месяцев – рецидив (recurrence); парциальная ремиссия – при неполном исчезновении симптомов [33]. Исследование L.L. Judd et al. (1997) показало, что клиническое течение БДЭ разнообразное и варьируется от подпороговых синдромов, единичных эпизодов (коротких или длинных), повторяющихся эпизодов с/без восстановления в период между эпизодами, резидуальных явлений после эпизода до хронического течения [29].

Отечественные исследователи под термином «хроничность» понимали необратимость процесса, заключающуюся в застытии, монотонности и стереотипизации проявлений клинической картины депрессии [4, 7, 9, 10], при отсутствии таких признаков в картине болезни и возможности спонтанного выздоровления или излечения депрессии относили к «затяжным».

Отсутствует единый взгляд и в отношении психопатологических критериев хронических депрессий, к которым одни авторы относят тяжесть клинической картины и её полиморфизм [1], а другие, наоборот, субклинические депрессивные проявления с монотонным и застывшим характером [7]. Нарушенная при депрессии способность поддерживать межличностные взаимоотношения способствует их ухудшению, при этом формируется порочный круг, приводящий к хроническому и рецидивирующему течению депрессии [25].

А.Б. Смулевич (2002) выделяет три основных пути, которыми реализуется процесс хронификации депрессии [11]. Первый из них – это усиление одной из составляющих типичной аффективной триады, например, идей малоценности, самообвинения, греховности. В том случае если эти идеи приобретают доминирующее положение в клинической картине (самоистязаящая депрессия), течение аффективного расстройства нередко приобретает хронический характер. Второй путь – трансформация позитивной аффективности в негативную со сменой свойственных типичной витальной депрессии (тоски, тревоги) феноменов апатическими, анергическими, анестетическими проявлениями. И, наконец, третий путь – соматизация аффективных проявлений с видоизменением характера гипотимии – появлением черт катестетического аффекта. Ассоциация аффективных расстройств с соматоформными также может рассматриваться в качестве предиктора затяжного течения депрессии.

К наиболее характерным психопатологическим критериям хронических депрессий при эндогенных заболеваниях (без дифференциации на шизофрению и аффективные расстройства) А.А. Пуховский (1992) относит: дисгармоничность депрессивной триады; диссоциацию между насыщенностью аффективных жалоб и внешним обликом и поведением больных; смену акцентов выраженности различных компонентов депрессии; феномен тревожной готовности; ипохондрическую окраску идей самообвинения; разнонаправленность «вектора обвинения»; обсессивный характер суицидальных переживаний; маниакальные «окна»; наличие симптомов невротического регистра в виде сенестопатических, обсессивно-фобических расстройств и вегето-фобических пароксизмоподобных состояний [9].

В настоящее время в модели стресс-уязвимости рассматриваются факторы, влияющие на развитие и течение депрессии [20]. В рамках этой модели к детерминантам развития и хронического течения депрессии можно отнести следующие факторы: демографические (возраст и пол); психобиологическая и социальная уязвимость; стрессовые жизненные

события, включая финансовые и межличностные проблемы. В соответствии с данной моделью, по данным литературы, нами проведён анализ факторов, влияющих на хроническое течение депрессии.

**Демографические факторы.** Хотя распространённость депрессивных расстройств, как известно, выше у женщин, чем у мужчин [19], при исследовании риска хронического течения в ряде исследований не было найдено гендерных различий [46]. Исследование женщин выявило риск хронической депрессии (продолжительностью 1 год), но только для лиц старше 30 лет [42]. При оценке социально-экономического статуса обнаружена связь между риском хронического течения депрессии и низким уровнем дохода [32], низким уровнем образования [42].

Есть мнение, что семейная отягощённость аффективными расстройствами повышает риск хронического течения заболевания [44].

**Личностные особенности.** При длительном течении депрессивного расстройства возникают трудности достоверного определения преморбидных личностных особенностей, так как личностные черты могут изменяться под влиянием депрессии [30]. Тем не менее, есть данные, что преморбидные «невротические личностные черты» могут быть предиктором хронического течения большой депрессии [45]. Отмечен худший ответ на терапию в случае, когда депрессия коморбидна с расстройством личности [25], что предполагает больший риск хронического течения.

**Стрессовые жизненные события и социальная поддержка.** В настоящее время нет общей точки зрения о том, как жизненные события влияют на хронизацию депрессии. В исследовании G.W. Brown et al. (1994) среди женщин с депрессией показана связь хронического течения депрессии и негативного детского опыта (сексуального или физического насилия), текущих межличностных проблем [21]. Эти выводы подтверждены и для женщин с низким социальным уровнем [22]. Исследование G.I. Keitner et al. (1992) показало, что нестабильные семейные отношения оказывают негативное влияние на продолжительность депрессии [31]. M.V. Keller (1994) [32] рассматривает нахождение в браке как фактор риска: влияние, вероятно, оказывает плохое качество брачных отношений. В одном исследовании отмечена зависимость между низким уровнем социальной поддержки и продолжительностью депрессивных эпизодов [14], другими авторами, напротив, показано, что ни жизненные события, ни социальная поддержка не влияли на исход депрессивного расстройства [41].

Существует точка зрения о том, что неблагоприятные жизненные события и социальная поддержка играют роль при кратковременных депрессивных эпизодах [38] или первых эпизодах [35].

**Факторы, связанные с болезнью.** Тяжесть депрессивного эпизода [42] или необходимость госпитализации [32], наличие в анамнезе предшествующих эпизодов [42] и госпитализаций [31], большая продолжительность предыдущих эпизодов [32, 42] рассматриваются как предикторы персистирования депрессии. Коморбидные соматические заболевания [31], алкогольная зависимость [39], тревожные рас-

стройства [23] увеличивают вероятность персистирования депрессии.

J. Spijker (2002) [47] к факторам неблагоприятного течения большого депрессивного расстройства относит: молодой возраст; тяжесть депрессии; большую продолжительность предыдущих эпизодов; наличие ангедонии и ранних пробуждений; негативных жизненных событий, а также коморбидных соматических заболеваний; отсутствие социальной поддержки.

Современный обзор предикторов хронического течения депрессивного расстройства выявил три достоверных фактора: молодой возраст начала депрессии; большая продолжительность депрессивного эпизода; наличие в семейном анамнезе расстройств настроения. Уточнены и другие возможные факторы хронического течения без определённых доказательств причинно-следственной связи, такие как сопутствующие тревожные и личностные расстройства, злоупотребление психоактивными веществами, социальные проблемы (низкий уровень социальной поддержки, нарушения социальной интеграции), тяжесть депрессивных симптомов. Анализ низкого социально-экономического и образовательного статуса, пожилого возраста, семейного положения, стрессовых жизненных событий, женского пола, наследственной отягощённости зависимостью от психоактивных веществ, количества перенесённых депрессивных эпизодов продемонстрировал противоречивые результаты [26].

К клиническим критериям хронификации А.А. Пуховский (1992) при исследовании пациентов с хронической депрессией без точного определения нозологической принадлежности (что, по мнению автора, обусловлено трудностью оценки глубины и выраженности личностных расстройств в условиях сохранявшейся депрессии) относит дисгармоничность депрессивной триады и структурных компонентов депрессии уже на инициальном этапе формирования, выраженность тревожного компонента, ипохондрическую окраску идей самообвинения, наличие симптомов невротического регистра в структуре острого периода [9]. Предикторами хронического течения депрессии также являлись: сочетание гипертимно-гиперстенических и тревожно-мнительных черт в наследственности больных; наличие черт сензитивных шизоидов или сочетания гипертимно-гиперстенических и тревожно-мнительных черт в преморбидной личности больных; начало заболевания в пубертатном или юношеском возрасте с затяжных аффективных фаз; биполярный характер фаз; наличие в течении заболевания затяжных гипоманиакальных и депрессивных фаз, а также кратковременных циклотимоподобных аффективных колебаний; продолжительность заболевания к моменту возникновения очередной депрессивной фазы около 20 лет; частота возникновения хронической депрессии вслед за гипоманией [9].

При депрессиях с затяжным течением преобладают такие факторы, как поздний возраст начала заболевания (старше 40 лет); дебют заболевания с затяжной фазы; наличие церебрально-органической отягощённости и тревожно-мнительных черт лично-

сти в преморбиде; длительные психотравмирующие ситуации и соматогенные факторы, предшествующие развитию затяжной фазы; сложность структуры депрессивного аффекта при достоверном преобладании тревожного компонента [2].

Сравнительный статистический анализ пациентов с хроническим течением депрессивного расстройства, в отличие от пациентов без затяжных и хронических эпизодов, позволил выявить статистически значимые факторы формирования хронического течения: наследственная отягощённость аффективными расстройствами среди родственников первой степени родства, наличие в анамнезе экзогенной комприметации мозга (перинатальная патология, тяжело протекающие инфекции детского возраста, перенесённые черепно-мозговые травмы), нестабильность семейного положения (одинокое, разведённые, вдовы), наличие актуальных психотравмирующих ситуаций, сопутствующая сосудистая патология головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия), резистентность к ранее проводимой психофармакотерапии, большая длительность периода допсихиатрического наблюдения с момента появления аффективных нарушений [8].

Существует очевидная связь между хроническим течением и отсутствием лечения [32, 45]. Многие пациенты с хронической депрессией не получают лечения, либо проводимая терапия является неадекватной. Так, большое количество пациентов с депрессивным расстройством получают низкие дозы антидепрессантов [32]. Адекватное лечение, как предполагается, способно предотвратить хроническое течение. Тем не менее, в наблюдательном исследовании стационарных пациентов установлена положительная связь между лечением и большей продолжительностью депрессии [24], что может быть связано с тем, что люди обращаются за лечением депрессии преимущественно тогда, когда она сохраняется в течение длительного периода времени.

При терапии хронических депрессий рекомендуется соблюдение ряда принципов: динамический подход со сменой активной терапии на поддерживающую, зависимость выбора конкретного антидепрессанта от психопатологической структуры хронической депрессии; необходимость комплексной терапии путём сочетания антидепрессантов различных групп (трициклические антидепрессанты могут оказаться недостаточно эффективными) с нейрореплетиками, нормотимиками, транквилизаторами, ноотропами, использование разнообразных путей введения лекарств у одного и того же больного, а также обязательное включение психотерапевтических и других нефармакологических методов лечения [2, 4, 9, 11].

Таким образом, хронические депрессии характеризуются не только большой распространённостью, но и значительным уровнем коморбидных психических расстройств, высоким риском самоубийства, частыми госпитализациями, существенным снижением качества жизни и социального функционирования, высокими экономическими затратами. Существующее обилие терминов, применяемых к длительно текущим депрессивным расстройствам, связано со

значительными разночтениями в оценке этих состояний. Хроническая депрессия в МКБ-10 (1994) не выделяется. В DSM-V (2013) хроническая депрессия и дистимия объединены в один диагноз – стойкое депрессивное расстройство (дистимия). До настоящего времени остаются дискуссионными вопросы о клинико-психопатологической структуре, особенностях течения и факторах, определяющих хроническое течение депрессивного расстройства.

К возможным предикторам формирования хронических депрессий относят следующие факторы: демографические (возраст и пол), психобиологическая и социальная уязвимость, стрессовые жизненные события и недостаточная социальная поддержка, связанные с болезнью (длительность додиагностического периода; тяжесть депрессии; длительность предшествующих эпизодов и адекватность их терапии; коморбидные расстройства). Существенную роль в улучшении клинического и социального прогноза для данной категории пациентов может играть коррекция управляемых факторов хронического течения, таких как своевременная диагностика депрессивных состояний с минимизацией периода неадекватного допсихиатрического наблюдения, психотерапевтическая помощь при психотравмирующих ситуациях, особенно среди лиц с нестабильным семейным положением и недостаточной социальной поддержкой, коррекция коморбидной патологии.

В терапии пациентов с хроническим течением депрессивного расстройства приоритетом следует считать длительную современную психофармакотерапию, которая при её успехе позволит предотвратить инвалидизацию, улучшит социальное функционирование и качество жизни пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Бондарь В.В. Клинические особенности и типологическое деление резистентных к терапии эндогенных депрессий // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1992. – № 1. – С. 84–88.  
Bondar VV. (1992). Clinical features and typological classification of non-responsive endogenous depressions [Klinicheskie osobennosti i tipologicheskoe delenie rezistentnykh k terapii endogennykh depressiy]. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*, (1), 84–88.
2. Вертоградова О.П., Петухов В.В. Затяжные депрессии (закономерности формирования, прогноз, терапия) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 4. – С. 18–22.  
Vertogradova OP, Petukhov VV. (2005). Prolonged depression (formation patterns, prognosis, therapy) [Zatyazhnye depressii (zakonomernosti formirovaniya, prognoz, terapiya)]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiaetriya*, (4), 18–22.
3. Вовин Р.Я., Аксенова И.О. Затяжные депрессивные состояния. – Л.: Медицина, 1982. – 192 с.  
Vovin RY, Aksenova IO. (1982). Prolonged depression [Zatyazhnye depressivnye sostoyaniya]. Leningrad, 192 p.
4. Дикая Т.И. Длительные многолетние депрессивные состояния в форме хронических депрессий: клинико-психопатологические и динамические

аспекты // Психиатрия: Научно-практический журнал. – 2004. – № 5. – С. 26–34.

Dikaya TI. (2004). Continuous long-term depression in the form of chronic depression: clinical and psychopathological and dynamic aspects [Dlitel'nye mnogoletnie depressivnye sostoyaniya v forme khronicheskikh depressiy: kliniko-psikhopatologicheskie i dinamicheskie aspekty]. *Psikhiatriya: Nauchno-prakticheskiy zhurnal*, (5), 26-34.

5. Дмитриев А.С. Клинико-диагностические критерии затяжных тревожных депрессий при маниакально-депрессивном психозе и приступообразно протекающей шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1989. – № 4. – С. 73–76.

Dmitriev AS. (1989). Clinical and diagnostic criteria for anxiety protracted depression in manic depressive disorder and paroxysmal schizophrenia [Kliniko-diagnosticheskie kriterii zatyazhnykh trevozhnykh depressiy pri maniakal'no-depressivnom psikhoze i pristupoobrazno protokayushchey shizofrenii]. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*, (4), 73-76.

6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб., 1994. – 300 с.

International Classification of Diseases (revision 10). Classification of mental and behavioral disorders. (1994). [Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney (10-y peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv]. Sankt-Peterburg, 300 p.

7. Панюшкина Н.П., Михайлов В.И. Аффективные расстройства и клинические особенности хронических депрессий. – Хабаровск: ККБ-ХКЦПЗ, 2001. – 227 с.

Panyushkina NP, Mikhaylov VI. (2001). Affective disorders and clinical features of chronic depression [Affektivnye rasstroystva i klinicheskie osobennosti khronicheskikh depressiy]. Khabarovsk, 227 p.

8. Петрунько О.В., Кисель С.В. Хронифицированная депрессия (клиника, факторы формирования) // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – № 7. – С. 66–69.

Petrunko OV, Kisel SV. (2012). Chronic depression (clinical picture, forming factors) [Khronifitsirovannaya depressiya (klinika, faktory formirovaniya)]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal*, (7), 66-69.

9. Пуховский А.А. О некоторых клинико-психопатологических аспектах хронических депрессий // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1993. – № 2. – С. 68–73.

Pukhovskiy AA. (1993). To some clinical and psychopathological aspects of chronic depression [O nekotorykh kliniko-psikhopatologicheskikh aspektakh khronicheskikh depressiy]. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*, (2), 68-73.

10. Пчелина А.Л. Психопатология затяжных эндогенных депрессий // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1979. – № 12. – С. 1708–1712.

Pchelina AL. (1979). Psychopathology of prolonged endogenous depressions [Psikhopatologiya zatyazhnykh endogennykh depressiy]. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*, (12), 1708-1712.

11. Смулевич А.Б. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – № 4. – С. 128–132.

Smulevich AB. (2002). Treatment of drug-resistant prolonged endogenous depression [Lechenie rezistentnykh zatyazhnykh endogennykh depressiy]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*, (4), 128-132.

12. Achte K. (1974). Incurable depressions. *Pharmakopsychiatr. Neuropsychopharmacol.*, 7 (3), 169-177.

13. Agosti V. (1999). One year clinical and psychosocial outcomes of early-onset chronic depression. *J. Affect. Disord.*, 54 (1-2), 171-175.

14. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kakuma T, Feder M, Einhorn A, Rosendahl E. (1996). Recovery in geriatric depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 53 (4), 305-312.

15. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC, 980 p.

16. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington, 991 p.

17. Benazzi F. (1998). Chronic depression: a case series of 203 outpatients treated at a private practice. *J. Psychiatry Neurosci.*, 23 (1), 51-55.

18. Blanco C, Okuda M, Markowitz JC, Liu SM, Grant BF, Hasin DS. (2010). The epidemiology of chronic major depressive disorder and dysthymic disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry*, 71 (12), 1645-1656.

19. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey, 151 (7), 979-986.

20. Brown GW, Harris TO. (1987). Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women. London, 416 p.

21. Brown GW, Harris TO, Hepworth C, Robinson R. (1994). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. II. A patient enquiry. *Br. J. Psychiatry*, 165 (4), 457-465.

22. Brown GW, Moran P. (1994). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I: A community survey. *Br. J. Psychiatry*, 165 (4), 447-456.

23. Coryell W, Akiskal HS, Leon AC, Winokur G, Maser JD, Mueller TI, Keller MB. (1994). The time course of nonchronic major depressive disorder. Uniformity across episodes and samples. National Institute of Mental Health Collaborative Program on the Psychobiology of Depression – Clinical Studies. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51 (5), 405-410.

24. Coryell W, Endicott J, Keller M. (1990). Outcome of patients with chronic affective disorder: a five-year follow-up. *Am. J. Psychiatry*, 147 (12), 1627-1633.

25. Hirschfeld RM. (1994). Guidelines for the long-term treatment of depression. *J. Clin. Psychiatry*, 55 Suppl., 61-69.

26. Hölzel L, Härter M, Reese C, Kriston L (2011). Risk factors for chronic depression – a systematic review. *J. Affect Disord.*, 129 (1-3), 1-13.

27. Howland RH. (1993). Chronic depression. *Hosp. Community Psychiatry*, 44 (7), 633-639.

28. Huber G. (1966). Reine defektsyndrome und basisstadien endogener psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 34, 409-415.
29. Judd LL. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54 (11), 989-991.
30. Katschnig H, Nutzinger DO (1988). Psychosocial aspects of course and outcome in depressive illness. In: *Helgason T, Daly RJ (eds.). Depressive illness: prediction of course and outcome*. Berlin, 63-89.
31. Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, Norman WH. (1992). Recovery and major depression: factors associated with twelve-month outcome. *Am. J. Psychiatry*, 149 (1), 93-99.
32. Keller MB. (1994). Depression: a long-term illness. *Br. J. Psychiatry*, (26), 9-15.
33. Keller MB, Lavori PW, Mueller TI, Endicott J, Coryell W, Hirschfeld RM, Shea T. (1992). Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Arch. Gen. Psychiatry*, 49 (10), 809-816.
34. Keller MB, Shapiro RW. (1982). "Double depression": superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. *Am. J. Psychiatry*, 139 (4), 438-442.
35. Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the "kindling" hypothesis. *Am. J. Psychiatry*, 157 (8), 1243-1251.
36. Koekkoek B, van Meijel B, Schene A, Hutschmaekers G. (2008). Clinical problems in the long-term care of patients with chronic depression. *J. Adv. Nurs.*, 62 (6), 689-697.
37. Kraepelin E. (1977). Manic-depressive illness. History of a syndrome. *Introductory Lectures on Clinical Psychiatry*. New York, 9-32.
38. McLeod JD, Kessler RC, Landis KR. (1992). Speed of recovery from major depressive episodes in a community sample of married men and women. *J. Abnorm. Psychol.*, 101 (2), 277-286.
39. Mueller TI, Keller MB, Leon AC, Solomon DA, Shea MT, Coryell W, Endicott J. (1996). Recovery after 5 years of unremitting major depressive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 53 (9), 794-799.
40. Murphy JA, Byrne GJ. (2012). Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of chronic depressive disorder. *J. Affect. Disord.*, 139 (2), 172-180.
41. Paykel ES, Cooper Z, Ramana R, Hayhurst H. (1996). Life events, social support and marital relationships in the outcome of severe depression. *Psychol. Med.*, 26 (1), 121-133.
42. Sargeant JK, Bruce ML, Florio LP, Weissman MM. (1990). Factors associated with 1-year outcome of major depression in the community. *Arch. Gen. Psychiatry*, 47 (6), 519-526.
43. Schulte W. (1969). Zum problem der protrahierten melancholischen phasen. *Melancholie in Forschung Klinik und Behandlung*. Stuttgart, 17-21.
44. Scott J. (1988). Chronic depression. *Br. J. Psychiatry*, 153, 287-297.
45. Scott J, Eccleston D, Boys R. (1992). Can we predict the persistence of depression? *Br. J. Psychiatry*, 161, 633-637.
46. Simpson HB, Nee JC, Endicott J. (1997). First-episode major depression. Few sex differences in course. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54 (7), 633-639.
47. Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br. J. Psychiatry*, 181, 208-213.
48. Torpey DC, Klein DN. (2008). Chronic depression: update on classification and treatment. *Curr. Psychiatry Rep.*, 10 (6), 458-464.
49. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, Norquist G, Howland RH, Lebowitz B, McGrath PJ, Shores-Wilson K, Biggs MM, Balasubramani GK, Fava M. (2006). Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR\*D: implications for clinical practice. *Am. J. Psychiatry*, 163 (1), 28-40.
50. Wells KB, Burnam MA, Rogers W, Hays R, Camp P. (1992). The course of depression in adult outpatients. Results from the Medical Outcomes Study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 49 (10), 788-794.

**Сведения об авторе**  
**Information about the author**

**Петрунько Ольга Вячеславна** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии. Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (664079, г. Иркутск, Юбилейный, 100; тел. (3952) 76-38-57; e-mail: petrounko@mail.ru)

**Petrunko Olga Vyacheslavna** – Candidate of Medical Sciences, Docent, Head of the Department of Psychiatry and Narcology of Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (664079, Irkutsk, Yubileyniy, 100; tel. (3952) 76-38-57; e-mail: petrounko@mail.ru)