

УДК 616.895.4.-036.1-037

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.57235

КЛІНІКО-ТИПОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ДО ПРОГНОЗУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ РЕКУРЕНТНОГО ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ

© Н. А. Байбарак

Виявлено можливість визначення прогнозу перебігу рекурентного депресивного розладу (РДР) за допомогою дослідження преморбиду, віку захворювання, тривалості початкового та кінцевого етапів, кількості та тривалості фаз та ремісій на цих етапах, особливості синдромодинаміки. За даними захворювання слід віднести чотири варіанта перебігу. Прогноз здійснюється шляхом співставлення показників перебігу захворювання пацієнта з визначеними термінами зміни етапів перебігу

Ключові слова: рекурентний депресивний розлад, клініка, перебіг, етапи, фази, ремісії, варіанти, прогноз

Aim. There was revealed a possibility to prognosticate the clinical course of recurrent depressive disorder (RDD) with the help of the study of premorbid structure, age of the beginning of disease, duration of the primary and final stage, number and duration of the phases and remissions at these stages, the syndrome dynamics special features.

Methods. There were selected 114 patients with recurrent depressive disorder (F33 за МКХ-10) who were examined by the clinical and psychopathological, anamnestic, catamnestic, analytic methods, and also the methods of mathematical statistics, factor analysis, mathematical modeling.

Result. There were determined the four clinical and typological variants of recurrent depressive disorder (RDD)- I. melancholic,

II. anxious and melancholic,

III. anxious and hypochondriac,

IV. melancholic and dysthymic and apathetic.

At analysis of these variants there were revealed the different provoking factors that preceded and attended the debut of disease. There was revealed the dynamics in the structure of the periods of improvement during disease. There was also determined the psychic state of patient in interphase period that was supplemented with residual affective symptomatology – “negative and positive affectivity” and it was the point of separation of these variants for favorable and unfavorable variant of RDD.

Conclusions. According to the results of research the recurrent depressive disorder is the disease with complicated clinical structure and heterogeneous clinical course. There were verified the four clinical and typological variants of recurrent depressive disorder:

I. melancholic,

II. anxious and melancholic,

III. anxious and hypochondriac,

IV. melancholic and dysthymic and apathetic (continual)

Keywords: recurrent depressive disorder, clinic, clinical course, stages, phases, remissions, variants, prognosis

1. Вступ

За різними даними депресивні розлади уражують від 3 % до 12 % населення [1]. Поширеність депресії за період життя досить відрізняється в різних країнах, від 3 % в Японії до 16,9 % у США; в більшості країн цей показник становив від 8 % до 12 %. Так, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, WHO), близько 20–25 % жінок та 7–12 % чоловіків хоча б один раз в житті перенесли депресивний епізод, а близько двох третин з них страждають на рецидивуючу (рекурентну) депресію [2]. Україна займає тринадцяте місце за рівнем самогубств у світі. Також депресія завдає значні економічні втрати суспільству. Прогнози щодо майбутнього зростання захворюваності депресією дуже сумні. У 2020 році, за деякими оцінками ВООЗ, депресія та її наслідки повинні зайняти друге місце серед причин смерті в світі. Очікується, що в 2030 році РДР буде

захворюванням з найбільшим економічним тягарем у високорозвинених країнах.

2. Обґрунтування дослідження

Попри те, що афективні розлади загалом, та депресія зокрема є розладами із періодичним, на падоподібним, фазним перебігом (17 %), майже у 37 % депресивний розлад протягом хвороби набуває затяжних, континуальних, безремісійних рис перебігу [3–10].

Отже, великої значущості отримує питання прогнозування майбутнього перебігу депресивного розладу у певного хворого із РДР задля можливості стратегічного планування кар'єри, здійснення життєвих виборів та їх реалізації. Окремим невіршеним питанням в психіатричній науці залишається проблема якості ремісії при депресивних розладах. Низка авторів наголошують на існуванні залишкової,

резидуальної симптоматики у ремісії при рекурентному депресивному розладі (РДР) [11–13]. Так, одні автори, аналізуючи хронічні депресії, встановили у структурі ремісійне тільки наявність резидуальної симптоматики, аї пост процесуальні зміни особистості, які вони нерідко визначають як «дефект» [12].

Смулевіч А. Б. (2001, 2003) відзначав появу в ремісіях при РДР «негативної та позитивної афективності». У розвиток його ідей деякі вчені вказують на необхідність створення класифікації хронічних депресій на основі єдиної клінічної моделі. Вони зазначають наявність широкого погляду на хронічні депресії: від розуміння їх як окремих нозологічних одиниць – до спроб розділити їх на незалежні підтипи. Але до теперішнього часу ця проблема досі не вирішена і є актуальною [14–18].

Власне А. Б. Смулевіч (2002) не розподіляє хронічні і затяжні депресії. Він вважає, що вони належать до хронічних хвороб, які можна порівняти з іншими хронічними захворюваннями. І, як будь-яке хронічне захворювання, ці депресії важко піддаються лікуванню, мають несприятливий прогноз і негативно впливають на соціальний статус та якість життя пацієнта [19].

Отже в основу нашого дослідження була покладена наступна гіпотеза: рекурентний депресивний розлад є гетерогенним за своєю природою, чинними факторами, і внаслідок цього за перебігом. Різноманітні варіанти його перебігу можна узагальнити у кілька груп. Особливості клініки та перебігу розладу на початкових стадіях можуть дати можливість із певною вірогідністю та точністю прогнозувати клініку та перебіг розладу на віддалених стадіях.

3. Мета дослідження

Метою нашого дослідження було створення, на основі ретроспективного катамнестичного вивчення особливостей перебігу РДР, нового сучасного удосконаленого способу прогнозування перебігу цього розладу.

Для досягнення поставленої мети вирішувались наступні задачі:

- дослідження феноменології психопатологічного стану хворих на РДР;
- визначення динаміки перебігу РДР у досліджуваних хворих;
- розподілення та об'єднання окремих клінічних випадків у типові клінічні варіанти із відшуканням особливостей та закономірностей перебігу;
- спроба періодизації перебігу РДР задля розробки засобів прогнозування його динаміки та виходу.

4. Матеріали і методи дослідження

В дослідженні були використані наступні методи: клініко-психопатологічний, анамнестичний, катамнестичний, аналітичний, методи математичної статистики, факторний аналіз, метод математичного моделювання.

Особливості методичного підходу: серед низки вивчених показників у досліджуваних хворих аналізу було піддано наступні дані: преморбідні, зокрема особистісні особливості пацієнтів, вік початку захворювання, провокуючі захворювання фактори, феноменологічні клініко-психопатологічні особливості станів загострення та ремісії. Данні дослідження були проведені на базі Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України у загостренні до початку фармакотерапії.

Матеріал дослідження: було відібрано 114 пацієнтів з рекурентним депресивним розладом (F33 за МКХ-10), медична документація яких містила усю необхідну для даного дослідження інформацію. Середній вік хворих становив $(55,15 \pm 7,72)$, від 31 до 60 років та старше. Статевий склад: 30 чоловіків (26,32 %) та 84 жінки (73,68 %). Отже, відношення жінок до чоловіків склало 3:1. Клінічно значущі соматичні, неврологічні та інші, окрім депресивного психічні та поведінкові розлади (у тому числі наркологічні) були критеріями виключення із дослідження. При обстеженні хворих нами було визначено чотири клініко-типологічних варіанта рекурентного депресивного розладу, якій за складністю структури синдрому ми назвали: тужливий, тривожно-тужливий, тривожно-іпохондричний, тужливо-дистимічно-апатичний. При обстеженні пацієнтів було визначено, що тривалість захворювання у середньому становила $(24,63 \pm 0,88)$ років, а середній вік маніфесту у всіх досліджуваних хворих становив $(30,92 \pm 0,93)$ роки.

4. Результати дослідження

При аналізі перебігу РДР у хворих до клініко-типологічного (К-Т) тужливого варіанта нами було віднесено 26 хворих (18 жінок та 8 чоловіків), середній вік хворих склав $(53,65 \pm 1,28)$ років, у яких депресивний розлад маніфестував у $(27,96 \pm 0,98)$ років, із загальною тривалістю захворювання в $(25,7 \pm 0,98)$ років.

32 пацієнта (жінок – 22, чоловіків – 10), з середнім віком $(56,81 \pm 1,15)$ років на момент обстеження було віднесено до тривожно-тужливого К-Т варіанта РДР. У цих пацієнтів депресивний розлад маніфестував в середньому у віці $(33,46 \pm 0,81)$ років із загальною тривалістю захворювання на період обстеження $(23,71 \pm 0,84)$ роки. До тривожно-іпохондричного варіанта було віднесено 42 особи (чоловіків – 10, жінок – 32) у середньому віці на момент обстеження $(56,69 \pm 1,34)$ років. У цієї групи депресивний розлад маніфестував в середньому в $(33,67 \pm 0,94)$ років з загальною тривалістю захворювання $(24,45 \pm 0,75)$ років. До тужливо-дистимічно-апатичного варіанта РДР було віднесено 14 осіб (5 – чоловіків, 9 – жінок), з середнім віком на момент обстеження $(49,5 \pm 1,22)$ років, з середньою тривалістю захворювання $(22,04 \pm 0,67)$ років. У цієї групи депресивний розлад маніфестував в середньому у $(28,57 \pm 0,96)$ років.

При аналізі клініко-типологічних варіантів було виявлено різні провокуючі фактори, які передували та супроводжували дебют хвороби. При

тужливому варіанті провокуючими факторами найчастіше були пологи або соматичні захворювання. У 29,5 % випадків захворювання розвинулося спонтанно, у 21,2 % випадків – після значущої психогенії. При тривожно-тужливому варіанті у 42,5 % випадків депресивні фази виникали після значущої психогенії, у 31,4 % – спонтанно. При тривожно-іпохондричному варіанті розвитку хвороби перебували сімейні негаразди (10 %), стресові ситуації, пов'язані з різким погіршенням здоров'я близьких; конфлікти на роботі та стійке незадоволення своїм соціальним становищем – загалом 41,1 % випадків. При тужливо-дистимічно-апатичному варіанті хвороба була спровокована психогеніями внаслідок соматичних захворювань – у 40,5 % випадків, та суб'єктивними психогеніями – у 30,5 %.

Перший варіант (тужливий) характеризувався превалюванням «чистих» осьових симптомів депресії. В клінічній картині домінував тужливий афект. Час від часу він комбінувався, доповнювався апатією та хворобливою психічною анестезією. В емоційній сфері пацієнти відчували пригніченість, безпорадність, відчай, відсутність насолоди та приємних почуттів.

Суто емоційні феномени супроводжувались моторною загальмованістю, малослівністю. Окрім змін у моторній сфері та рефлексивно-динамічних порушень мислення, спостерігались також і змістовні порушення мислення у вигляді афективного мислення. Виповнювалася когнітивна тріада депресії Бека А. (1967). Хворі критично переглядали події свого минулого, минулі рішення, дії, всюди шукаючи помилки, поразки та невдачі. В теперішньому в них була знижена самооцінка аж до ідей самознищення та конгруентних афекту маячних ідей. У майбутнє пацієнти проєцирували очікування невдач та поразок, сприймали такі думки із приреченістю. Вольова сфера характеризувалась бездіяльністю та відсутністю спонукань.

Повинні наголосити, що як наданий вище, так і наведені нижче описи стосуються клінічної структури, синдромального складу стану хворого, та не стосуються ступеню важкості, вираженості депресивного афекту та клінічного стану пацієнта. Більш проста за рахунок осьових симптомів депресії, або більш складна – за рахунок факультативних та навіть коморбідних симптомів синдромологічна структура може бути як при легкій, близькій до циклотимії депресії, так і досягати важкого та навіть психотичного рівню розвитку.

Другий, тужливо-тривожний варіант в своїй клінічній картині мав у собі тугу у якості осьового симптому, але також був обов'язково забарвлений тривогою, яка нерідко з'являлася першою у стані пацієнта. У разі превалювання тривоги пацієнти ставали пригнічено-метушливими, не знаходили собі місця. На відміну від «чистого» тужливого афекту із идеаторною та моторною загальмованістю, відсутністю спонукань, при превалюванні тривоги моторна, мовна, идеаторна активність була присутня. У хворих

начебто існувала і деяка мотивація, але вона стосувалась суто предмету тривожних побоювань пацієнта. Тому діяльність та поведінка пацієнтів були позбавлені продуктивності.

У разі превалювання туги при тужливо-тривожному варіанті, це було переживання тривоги «на місці» із пасивністю, внутрішнім напруженням. Моторна та идеаторна загальмованість та пасивність погано, із вираженим дискомфортом переносилися хворими у зв'язку із сильним внутрішнім та м'язовим напруженням.

Наступні варіанти збагачені, окрім осьових симптомів депресії – туги, апатії, ангедонії, та факультативних – тривоги, також і обов'язково коморбідними депресії симптомами – іпохондрією у випадку третього, тривожно-іпохондричного варіанту, та особистісно-вольовими зсувами – у випадку четвертого, тужливо-дистимічно-апатичному варіанті.

При третьому, тривожно-іпохондричному варіанті в настрої превалювали туга та тривога із домінуванням останньої. На відміну від другого варіанту, при якому тривога носила нефабульований характер, при тривожно-іпохондричному варіанті тривога наповнена переживаннями стосовно стану свого здоров'я та уявних небезпек для нього. Отже, симптоми емоційної сфери доповнюються, збагачуються идеаторними побудуваннями.

Четвертий, тужливо-дистимічно-апатичний варіант характеризується з одного боку згладженістю, деякою невиразністю афективних симптомів, та захопленням, залученням в симптоматику порушень особистісної, вольової та идеаторної сфер. У його назві нами було відображено стадійність змін осьових симптомів. Більш типова у дебюті захворювання туга трансформується протягом хвороби у дистимію. Згодом суміш туги та агресивності із невдоволенням, грубістю стихає, згладжується та маніфестує апатія із байдужістю та зникненням спонукань.

Окрім структури загострень, яка слугувала підставою для розподілення на клінічні варіанти, було виявлено також динаміку в структурі періодів покращення протягом хвороби. Стосовно перших трьох клініко-типологічних варіантів, з початку хвороби спостерігалось відновлення «adintegrum», до передхворобливого стану. Але класичні уявлення щодо сприятливості тривалого перебігу РДР по trochu спростовувалися протягом перебігу хвороби. Психічний стан хворого у міжфазовому періоді доповнювався резидуальною афективною симптоматикою – «негативна та позитивна афективність» (за А. Б. Смулевичем, 2003) [15].

«Негативна афективність» у ремісії проявлялася у вигляді підвищення емоційної реактивності (подразливості) у бік негативного полюсу, натомість втраті емоційного резонансу по відношенню до своїх близьких. Відбувається зниження особистої, сімейної та трудової активності, розвиваються прояви гіпотимії та дистимічності у формі невдоволення, бурчливості, сварливості, відчуття психічного дискомфорту.

«Позитивна афективність» у ремісії мала про- яви у вигляді тривожно-гіпоапатичної симптоматики тасомато-вегетативних розладів з іпохондризацією. Окрім того, розвиток негативних ознак – апатизації, поступового зниження продуктивності діяльності в ремісії викликав виникнення поведінкових псевдо- адаптивних захисних реакцій, які формували своє- рідний «особистісний зсув» у психіці хворого, який збагачував позитивну резидуальну афективність.

Момент появи вищезазначених ознак погір- шення якості ремісії у випадку перших трьох клі- ніко-типологічних варіантів катамнестично можна було визначити більш менш чітко. Було помічено, що перебіг хвороби з моменту виникнення залишкової психопатологічної симптоматики у ремісії достовір- но змінювався у бік меншої сприятливості. Таким чином в перебігу хвороби нами було виділено два етапи – фазно-інтермісійний (ФІ) – більш сприятли- вий, та фазно-ремісійний (ФР) – менш сприятливий.

Щодо тужливо-дистимічно-апатичноокліні- ко-типологічного варіанту, то протягом ФР етапу, ок- рім нетривалого (при цьому варіанті) періоду власне чередування фаз та інтермісій, спостерігався також період швидкої зміни фаз із поступовим їх затухан- ням, відсутній при інших клінічних варіантах РДР. Після поступового остаточного згладжування різни- ці між фазами та ремісіями можна було говорити про

настання хронічного етапу перебігу РДР замість ФР етапу при інших клініко-типологічних варіантах РДР.

Статистичні характеристики різних клініко-ти- пологічних варіантів РДР із оцінкою їх прогностич- ного значення наведені в табл. 1. Окрім клініко-ди- намічних характеристик, в табл. 1 вказано також на результати біохімічного дослідження хворих (більш докладно викладено у власних дослідженнях [19]).

6. Обговорення результатів

Порівнюючи отримані результати дослідження, усі виділені клініко-типологічні варіанти перебігу РДР достовірно відрізняються один від одного за віком клінічного маніфесту (відповідно $27,96 \pm 0,98$, $33,46 \pm 0,81$, $33,67 \pm 0,94$ та $28,57 \pm 0,96$ років; $p < 0,05$, ок- рім різниці між I та IV варіантами, яка вірогідна, $p > 0,05$, та відсутності різниці між II та III варіантами).

При вивченні структури преморбиду та спектра передуючих факторів також була виявлена різниця між К-Т варіантами РДР (табл. 1). Тривалість першо- го фазно-інтермісійного (сприятливого) етапу пере- бігу теж достовірно зменшується від I-го варіанту перебігу до IV-го ($14,66 \pm 0,60$; $12,96 \pm 0,55$; $10,64 \pm 0,35$; $7,00 \pm 0,48$ місяців відповідно).

Кількість фаз на фазно-інтермісійному етапі при IV-му варіанті достовірно менша, ніж при інших варіантах ($1,4 \pm 0,16$).

Таблиця 1

Кількісні динамічні характеристики перебігу РДР за виділеними клініко-типологічними варіантами

Ознака	I група	II група	III група	IV група	Прогнос- тична сила ознаки
Особливості клініко- психопатологічної структури варіанту	Тужливий	Тривожно- тужливий	Тривожно-іпохон- дричний	Тужливо- дистимічно- апатичний	1
структура преморбиду**	Гіпотимічні 38,5 %	Тривожні 37,5 % Помисливі 25,0 %	Істероїдні, 40,5 % Тривожні 42,9 %	Гіпотимічні 42,9 % Іпохондричні, 42,9 %	8
Доманіфестний період (міс.)	6–12	до 9	Майже 12	12	10
провокуючі захворюван- ня фактори	Соматичні 46,2 % Спонтанні 30,8 %	Значуща психо- генія 40,6 % Спонтанні 31,3 %	Суб'єктивна 40,5 %	Соматичні 42,9 %	9
Вік маніфесту (роки)	$27,96 \pm 0,98$ (*II,III)	$33,46 \pm 0,81$ (*I,III,IV)	$33,67 \pm 0,94$ (*I,II,IV)	$28,57 \pm 0,96$ (*II,III)	4
Фазно-інтермісійний етап (роки)	$14,66 \pm 0,60$ (*II,III,IV)	$12,96 \pm 0,55$ (*I,III,IV)	$10,64 \pm 0,35$ (*I,II,IV)	$7,00 \pm 0,48$ (*I,II,III)	6
Кількість фаз (фазно- інтермісійний етап) (n)	$2,19 \pm 0,29$ (*IV)	$2,06 \pm 0,14$ (*IV)	$1,9 \pm 0,16$ (*IV)	$1,42 \pm 0,16$ (*IV)	2
Тривалість фаз (фазно- інтермісійний етап) (міс.)	$6,7 \pm 0,47$ (*II,III,IV)	$12,26 \pm 0,46$ (*I,IV)	$13,02 \pm 0,51$ (*I)	$14,17 \pm 1,13$ (*I,II)	3
Тривалість фаз (фазно- ремісійний етап) (міс.)	$7,96 \pm 0,53$ (*II,III)	$13,78 \pm 0,45$ (*I)	$14,63 \pm 0,97$ (*I)	Розподілення між фазами та ремісіями фактично зникає	5
Тривалість ремісій (фазно- ремісійний етап) (міс.)	$116 \pm 21,08$ (*III)	$90,81 \pm 7,55$ (*III)	$45,09 \pm 2,67$ (*I,II)		7

Примітка: * $p < 0,05$ розбіжності достовірні за критерієм Стьюдента

Тривалість фази при II, III, IV варіантах збільшується від фазно-інтермісійного до фазно-ремісійного етапу, що може бути ознакою хронізації перебігу, а при I варіанті вона зберігається – як ознака стабільності та сприятливості перебігу, що впливає також на прогноз.

Спостерігається збільшення тривалості ремісій від IV до I варіанта, так співвідношення етапів перебігу за їх варіантами є таким: тужливий – 3:2; тривожно-тужливий – 1:1; тривожно-іпохондричний – 1,25:1,75; тужливо-дистимічно-апатичний – 1:2,2, що свідчить про різну сприятливість цих варіантів.

Отже прогноз перебігу здійснюють шляхом співставлення терміну перебігу захворювання пацієнта зі статистично визначеними термінами зміни етапів перебігу всередині кожного з варіантів, за даними співставлення роблять висновок про імовірність настання загострення і доцільності призначення протирецидивної терапії.

Дослідження структури ремісії у К-Т варіантах, починається з «періоду переходу» фазно-інтермісійного в фазно-ремісійний етап. Так, при тужливому варіанті в структурі ремісій найчастіше з'являється позитивна та легка негативна афективність у вигляді набутої емоційної реактивності з короткочасними періодами тужливості. Тривожно-тужливий варіант характеризується ускладненням структури ремісії за рахунок появи негативної афективності – дисфоричності та періодів загострення сенесто-іпохондричної симптоматики, зниження можливостей до соціально-трудова адаптації, зокрема в умовах звичайного мікросоціального середовища. Ускладнення структури ремісії при тривожно-іпохондричному варіанті перебігу відбувається шляхом появи «іпохондричного шлейфу», виникнення «луни тривоги» та апатичної симптоматики.

7. Висновки

1. Згідно з результатами дослідження, рекурентний депресивний розлад є захворюванням із складною клінічною структурою і гетерогенним характером перебігу. Доказово було виділено чотири клініко-типологічні варіанти перебігу рекурентного депресивного розладу: I. Тужливий, II. Тривожно-тужливий, III. Тривожно-іпохондричний та IV. Тужливо-дистимічно-апатичний (континуальний). Вони принципово відрізняються один від одного особливостями фазоутворення та ступенем сприятливості перебігу та прогнозу. Відзначено також зменшення сприятливості перебігу РДР від тужливого до тужливо-дистимічно-апатичного (континуального) його варіантів.

2. Визначення, до якого етапу захворювання належить стан пацієнта в конкретному епізоді і зіставлення його з виявленою статистично тривалістю сприятливих і несприятливих етапів в даному конкретному варіанті перебігу дозволяє визначити тривалість етапу, що залишився і зробити прогноз на подальше (імовірності настання загострення, його очікуваній важкості, якості ремісії, можливості працездатності і соціальної адаптації).

Література

1. Підкоритов, В. С. Сучасні підходи до лікування «фармакорезистентних» депресій [Текст] / В. С. Підкоритов // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, № 2. – С. 55–57.
2. Simon, G. E. Long-term prognosis of depression in primary care [Text] / G. E. Simon // Bull. WHO. – 2000. – Vol. 78, Issue 4. – P. 439–445.
3. Дикая, Т. И. К вопросу о длительных многолетних депрессиях: клинико-психопатологические особенности и дифференциация затяжных депрессий [Текст] / Т. И. Дикая // Научно-практический журнал Психиатрия. – 2004. – № 4. – С. 48–54.
4. Дикая, Т. И. Длительные многолетние депрессивные состояния в форме хронических депрессий: клинико-психопатологические и динамические аспекты [Текст] / Т. И. Дикая // Научно-практический журнал Психиатрия. – 2004. – № 5. – С. 26–34.
5. Дикая, Т. И. Затяжные и хронические эндогенные депрессии: (история становления понятия, клинического содержания и нозологической оценки): обзор лит. [Текст] / Т. И. Дикая // Научно-практический журнал Психиатрия. – 2006. – № 1. – С. 49–58.
6. Дикая, Т. И. Клинико-психопатологические особенности и динамические аспекты затяжных и хронических эндогенных депрессий [Текст] / Т. И. Дикая // Вестник Российской АМН. – 2011. – № 4. – С. 19–25.
7. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра [Текст] / В. Н. Краснов. – М: Практическая медицина, 2011. – 432 с.
8. Marneros, A. Das neue Handbuch der Bipolaren und Depressive Erkrankungen [Text] / A. Marneros, H. S. Akiskal, J. Angst, B. Brimmarher et. al. – Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag, 2004. – 781 p.
9. Вертоградова, О. П. Затяжные депрессии: (закономерности формирования, прогноз, терапия) [Текст] / О. П. Вертоградова, В. В. Петухов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 4. – С. 18–22.
10. Подкорытов, В. С. Депрессия и резистентность [Текст] / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2002. – № 1. – С. 118–124.
11. Мазо, Г. Э. Терапевтически резистентные депрессии: современные подходы к диагностике и лечению [Текст] / Г. Э. Мазо, С. Е. Горбачев, Н. Н. Петрова // Вестник Санкт-петербургского Университета. – 2008. – № 2. – С. 87–96.
12. Иванов, М. В. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия [Текст] / М. В. Иванов, Н. Г. Незнанов. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. – 288 с.
13. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей [Текст] / А. Б. Смулевич. – М.: Мед. информ. агентство, 2001. – 256 с.
14. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. [Текст] / А. Б. Смулевич. – М.: Мед.информ. агентство, 2003. – 432 с.
15. Марута, Н. О. Сучасні форми депресивних розладів [Текст] / Н. О. Марута, В. Д. Мішиєв // Архів психіатрії. – 2001. – № 4. – С. 76–80.
16. Murphy, J. A 40-Year perspective on the prevalence of depression: the stirling count study [Text] / J. Murphy,

N. Laird, R. Monson, A. M. Sobol, A. H. Leighton // Archives of General Psychiatry. – 2000. – Vol. 57, Issue 3. – P. 209–215. doi: 10.1001/archpsyc.57.3.209

17. Fava, M. Diagnosis and definition of treatment-resistant depression [Text] / M. Fava // Biological Psychiatry. – 2003. – Vol. 53, Issue 8. – P. 649–659. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00231-2

18. Смулевич, А. Б. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий. [Текст] / А. Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакология. – 2002. – № 4. – С. 128–132.

19. Байбарак, Н. А. Клініко-типологічні варіанти рекурентного депресивного розладу з довготривалим перебігом [Текст] / Н. А. Байбарак // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, Вип. 1 (70). – С. 34–39.

References

1. Podkorytov, V. S. (2010). Current approaches to the treatment of "pharmaco-resistant" depression. Kharkiv: Visnik of Ukrainian neuropsychiatrist. 18 (2), 55–57.

2. Simon, G. E. (2000). Long-term prognosis of depression in primary care. Bull. WHO, 78 (4), 439–445.

3. Dikaya, T. I. (2004). On the issue of long-term multi-year depression: clinical and psychopathological features and differentiation of prolonged depression. Scientific journal Psychiatry, 4, 48–54.

4. Dikaya, T. I. (2004). Long-term long-term depression in the form of chronic depression: clinical and psychopathological and dynamic aspects. Scientific journal Psychiatry, 5, 26–34.

5. Dikaya, T. I. (2006). Prolonged and chronic endogenous depression (history of formation of the concept, content and clinical nosology evaluation): a review of litas. Scientific journal Psychiatry, 1, 49–58.

6. Dikaya, T. I. (2011). Clinical and psychopathological features and dynamic aspects of protracted and chronic endogenous depression. Visnik of the Russian Academy of Medical Sciences, 4, 19–25.

7. Krasnov, V. N. (2011). Affective spectrum disorders. Moscow: The practice of medicine, 432.

8. Marneros, A., Akiskal, H. S., Angst, J., Brimmarher, B. et. al. (2004). Das neuHandbuch der Bipolaren und Depressive Erkrankungen. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag, 781.

9. Vertogradova, O. P., Petuhov, V. (2005). Prolonged depression (laws of formation, prognosis, therapy). Social and clinical psychiatry, 4, 18–22.

10. Podkorytov, B. C. (2002). Depression and resistance. Journal of Psychiatry and Medical Psychology, 1, 118–124.

11. Mazo, E. G. (2008). Treatment-resistant depression: current approaches to diagnosis and treatment. St. Petersburg: Bulletin of St. University, 2, 87–96.

12. Ivanov, M. V. (2008). Negative and cognitive disorders in endogenous psychoses: diagnostics, clinic, therapy. St. Petersburg: Univ NIPNI them. V. M. Behterev ondy litis, 288.

13. Smulevich, A. B. (2001). Depression in general medicine: A Guide for Physicians. Moscow: Med. Inf. Agency, 256.

14. Smulevich, A. B. (2003). Depression in somatic and mental illnesses. Moscow: Med. Inf. Agency, 432.

15. Maruta, N. O., Mishiev, V. D. (2001). Suchasni forms depresivni rozladi. Archive of psichiatrii, 4, 76–80.

16. Murphy, J. M., Laird, N. M., Monson, R. R., Sobol, A. M., Leighton, A. H. (2000). A 40-Year Perspective on the Prevalence of Depression. Archives of General Psychiatry, 57 (3), 209–215. doi: 10.1001/archpsyc.57.3.209

17. Fava, M. (2003). Diagnosis and definition of treatment-resistant depression. Biological Psychiatry, 53 (8), 649–659. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00231-2

18. Smulevich, A. B. (2002). Prolonged treatment-resistant endogenous depression. Psychiatry and psychopharmacology, 4, 128–132.

19. Baybarak, N. A. (2012). Clinical and typological variations recurrent depressive disorder with long-term course. Ukrainian Journal neuropsychiatrist, 1 (70), 34–39.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Підкоритов В. С.
Дата надходження рукопису 24.11.2015*

Байбарак Наталя Анатоліївна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, відділ клінічної, соціальної та дитячої психіатрії, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068
E-mail: baybarakn@gmail.com