



УДК 616.895.4-072.8-08:615.851

В. В. Чугунов<sup>1</sup>, Е. Н. Киреева<sup>2</sup>

### Медико-психологические предикторы продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет,<sup>2</sup>Коммунальное лечебно-профилактическое учреждение «Городская психоневрологическая больница №2», г. Донецк

**Ключевые слова:** рекуррентное депрессивное расстройство, медико-психологические предикторы, патопсихологическое исследование, тревога.

Определение медико-психологических предикторов психических расстройств имеет важное значение для ранней диагностики и терапии. С целью исследования медико-психологических предикторов продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства и их структурно-динамических характеристик обследовали 100 больных с помощью анамнестического, катамнестического, психодиагностического методов исследования. В результате установлены медико-психологические предикторы: превалирование тревоги над депрессивными феноменами, нивелирование гармоничного типа отношения к заболеванию, снижение уровня опосредованного запоминания, удлинение времени реакции. Анализ представленности патопсихологических нарушений у исследуемой популяции пациентов показал динамические изменения в группе предикторов в рамках континуума «психастения-тревога-депрессия» в виде последовательной смены стадий продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства.

### Медико-психологічні предиктори продромального періоду повторного епізоду рекуррентного депресивного розладу

В. В. Чугунов, О. М. Киреева

Виявлення медико-психологічних предикторів психічних розладів має важливе значення для ранньої діагностики і терапії. З метою дослідження медико-психологічних предикторів продромального періоду повторного епізоду рекуррентного депресивного розладу і їх структурно-динамічних характеристик обстежили 100 хворих, використовуючи анамнестичний, катамнестичний, психодіагностичний методи дослідження. У підсумку встановили медико-психологічні предиктори: перевагу тривоги над депресивними феноменами, нівелювання гармонійного типу ставлення до захворювання, зниження рівня опосередкованого запам'ятовування, подовження часу реакції. Аналіз представленості патопсихологічних порушень у популяції пацієнтів, яких досліджували, засвідчив динамічні зміни у групі предикторів у межах континууму «психастенія-тревога-депресія» у вигляді послідовної зміни стадій продромального періоду повторного епізоду рекуррентного депресивного розладу.

**Ключові слова:** рекуррентний депресивний розлад, медико-психологічні предиктори, патопсихологічне дослідження, тривога.

*Запорізький медичний журнал. – 2014. – №3 (84). – С. 71–76*

### Medical and psychological predictors of prodromal period of repeated episode of major depressive disorder

V. V. Chugunov, E. N. Kireeva

**Aim.** The identification of medical and psychological predictors of mental disorders are important for early diagnosis and therapy. The purpose of research – the identification of medical and psychological predictors of the prodromal period of the repeat episode of recurrent depressive disorder and investigation of their structural and dynamic characteristics.

**Materials and methods.** On the basis of City psychoneurological hospital № 2 of Donetsk 100 patients with depressive disorder were examined using anamnestic, catamnestic, psycho-diagnostic methods. The study established the following predictors of the prodromal period: the prevalence of anxiety over depressive phenomena, reduction of the harmonious type of attitude to the disease, reducing mediated memorizing, lengthening reaction time.

**Conclusions.** The analysis of the representation of the pathopsychological phenomena in the population of patients showed dynamic changes in the group of the predictors in the framework of the continuum «psychasthenia-anxiety-depression» in the form of consecutive change of phases of a prodromal period of repeat episode of recurrent depressive disorder.

**Key words:** Major Depressive Disorder, Forecasting, Reseach, Anxiety.

*Zaporozhye medical journal 2014; №3 (84): 71–76*

Рекуррентное депрессивное расстройство имеет достаточно сложную структурно-динамическую организацию, представляя собой фактически последовательную смену депрессивных состояний различной степени клинической выраженности в рамках классически описанного депрессивного синдрома и периодов интермиссий. При кажущейся клинико-психопатологической простоте, обусловленной моносиндромным характером рекуррентного депрессивного расстройства, в сфере данной нозологиче-

ской формы существует комплекс проблематики, включающий необходимость решения задач:

– индикация и идентификация психопатологических нарушений до начала периода развернутой клинической картины заболевания;

– прогнозирование динамики развития заболевания в периоде интермиссии, включающее раннее определение предикторов и триггеров эксацербации депрессивного синдрома;

© В. В. Чугунов, Е. Н. Киреева, 2014



– индикация, идентификация, дифференциальная диагностика и конгруэнтная терапия резидуальных психопатологических нарушений у пациентов, находящихся в периоде интермиссии, их разграничение от нарастающих проявлений рекуррентного депрессивного расстройства [1,2].

Необходимость разработки методологического базиса для решения данных проблем продиктована, прежде всего, высоким риском реализации аутодеструктивных форм поведения у пациентов, которые не получают своевременную и рациональную терапию, в рамках клинически выраженного депрессивного синдрома. Раннее определение предикторов и триггеров эскалации психопатологических нарушений в рамках повторных эпизодов рекуррентного депрессивного расстройства является основополагающим в рационализации терапевтической тактики в сторону индивидуально-конгруэнтных модусов психотерапии и психофармакотерапии [3].

При отсутствии эффективной системы мониторинга развития депрессивных эпизодов в популяции пациентов, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством, наиболее рационально формирование у них модуля аутодиагностики, позволяющего идентифицировать начало продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства [4].

Формирование аутодиагностического модуля представляет собой задачу, выполнение которой требует наличия точек приложения для психотерапевтических методов обучения пациентов интроспективной аутоаналитической деятельности, направленной на идентификацию субклинических клинико-психопатологических и медико-психологических предикторов продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства.

Таким образом, определение медико-психологических предикторов продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства представляет собой промежуточный, но тем не менее чрезвычайно важный этап в выполнении прикладной задачи формирования аутодиагностического модуля в популяции пациентов, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством [2,3].

#### **Цель работы**

Определение медико-психологических предикторов продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства и исследование их структурно-динамических характеристик.

#### **Пациенты и методы исследования**

В рамках целенаправленного катamnестического исследования контингента, включающего 100 пациентов коммунального лечебно-профилактического учреждения «Городская психоневрологическая больница №2» г. Донецка, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством (которые составили первую группу), исследована структура медико-психологических предикторов продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства. Во вторую группу – группу сравнения (ГС) – вошли 100 условно здоровых человек, у которых не определены психические расстройства ни в период обследования, ни в анамнезе.

Исследование проведено в четыре этапа, в рамках которых 100 больных рекуррентным депрессивным расстройством из группы 1 обследовали в различные периоды заболевания. В группу 1.1 вошли пациенты группы 1 в период интермиссии; группу 1.2 составили эти же пациенты в период первой волны продромального периода рекуррентного депрессивного расстройства; группу 1.3 – пациенты в период второй волны продромального периода; группу 1.4 – больные в период третьей волны продромального периода рекуррентного депрессивного расстройства.

Методы исследования включали анамнестический, катamnестический, психодиагностический, статистический.

Психодиагностический метод применяли в рамках медико-психологического исследования. Он включал комплекс таких методик:

1) Госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression scale, HADS, A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983) – для психодиагностики и депрессивных проявлений профильного контингента [5,6];

2) Личностный опросник Бехтеревского института (Институт им. В.М. Бехтерева, 1983) – для определения доминирующей типологии личностного отношения к болезненному состоянию [7];

3) Тест «Пиктограмма», по методике А. Р. Лурия – для изучения специфики опосредованного запоминания и мышления [8].

Для статистической обработки полученных данных использовали такие статистические методы: клинической, описательной, математической статистики (определение среднеарифметических значений и среднеарифметических отклонений по каждому из количественных показателей  $M$  ( $s$ ), стандартизованной ошибки среднего  $M \pm m$ , критерий Фишера и  $t$ -критерий Стьюдента с универсальными значениями статистической вероятности  $p$ ).

#### **Результаты и их обсуждение**

Результаты исследования с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) представлены в *таблице 1*.

По результатам субшкалы А HADS в ГС (здоровые) 88 человек (88%) показали результаты, находящиеся в пределах нормы (0–7 баллов), усредненный показатель уровня тревоги ( $\Sigma_{cp\ yT}$ ) составил  $4,00 \pm 0,12$  балла; у 12 человек (12%) отмечены показатели, соответствующие субклинически выраженной тревоге (8–10 баллов),  $\Sigma_{cp\ yT}$  составил  $8,00 \pm 0,17$  балла. Ни один пациент не показал уровень нарушений, соответствующий клинически выраженной тревоге ( $>11$  баллов).

По результатам субшкалы А HADS в группе 1.1 (пациенты в периоде интермиссии) 78 (78%) показали результаты, находящиеся в пределах нормы (0–7 баллов),  $\Sigma_{cp\ yT}$  составил  $6,0 \pm 0,1$  балла; у 22 (22%) человек показатели соответствовали субклинически выраженной тревоге (8–10 баллов),  $\Sigma_{cp\ yT}$  составил  $8,00 \pm 0,22$  балла. Ни один пациент не показал уровень, соответствующий клинически выраженной тревоге ( $>11$  баллов).



Таблица 1

Результаты исследования популяции пациентов с использованием шкалы HADS

Шкала	Группа	чел.	%	баллы
А	ГС (здоровые)	88	88,0	0–7 (4,00±0,12)
		12	12,0	8–10 (8,00±0,17)
		0	0,0	>11
	Группа 1.1 (пациенты в периоде интермиссии)	78	78,0	0–7 (6,0±0,1)
		22	22,0	8–10 (8,00±0,22)
		0	0,0	>11
	Группа 1.2 (пациенты в периоде первой волны продромального периода)	70	70,0	0–7 (6,00±0,05)
		28	28,0	8–10 (9,00±0,11)
		2	2,0	>11 (11)
	Группа 1.3 (пациенты в периоде второй волны продромального периода)	64	64,0	0–7 (6,00±0,09)
		22	22,0	8–10 (9,00±0,08)
		14	14,0	>11 (12,0±0,3)
	Группа 1.4 (пациенты в периоде третьей волны продромального периода)	44	44,0	0–7 (7,00±0,07)
		38	38,0	8–10 (9,00±0,09)
		18	18,0	>11 (13,00±0,43)
D	ГС (контрольная)	96	96,0	0–7 (6,00±0,07)
		4	4,0	8–10 (8,00±0,25)
		0	0,0	>11
	Группа 1.1 (пациенты в периоде интермиссии)	88	88,0	0–7 (6,00±0,07)
		12	12,0	8–10 (8,00±0,27)
		0	0,0	>11
	Группа 1.2 (пациенты в периоде первой волны продромального периода)	78	78,0	0–7 (6,00±0,10)
		18	18,0	8–10 (9,00±0,38)
		4	4,0	>11 (13,00±0,25)
	Группа 1.3 (пациенты в периоде второй волны продромального периода)	58	58,0	0–7 (6,00±0,15)
		28	28,0	8–10 (9,00±0,08)
		14	14,0	>11 (12,00±0,26)
	Группа 1.4 (пациенты в периоде третьей волны продромального периода)	26	26,0	0–7 (6,00±0,22)
		32	32,0	8–10 (9,00±0,14)
		42	42,0	>11 (14,00±0,18)

По результатам субшкалы А HADS в группе 1.2 (пациенты в периоде первой волны продромального периода) 70 больных (70%) показали результаты в пределах нормы (0–7 баллов),  $\Sigma_{\text{ср ут}}$  составил 6,00±0,05 балла; у 28 (28%) человек показатели соответствовали субклинически выраженной тревоге (8–10 баллов),  $\Sigma_{\text{ср ут}}$  составил 8,00±0,11 балла; у 2 (2%) пациентов отмечен уровень, соответствующий клинически выраженной тревоге (>11 баллов) с показателем 11 баллов.

По результатам субшкалы А HADS в группе 1.3 (пациенты в периоде второй волны продромального периода) 64 (64%) человека показали результаты в пределах нормы (0–7 баллов),  $\Sigma_{\text{ср ут}}$  составил 6,00±0,09 балла; 22 (22%) пациента – показатели, соответствующие субклинически выраженной тревоге (8–10 баллов),  $\Sigma_{\text{ср ут}}$  составил 8,00±0,08 балла; у 14 (14%) больных определили уровень, соответствующий клинически выраженной тревоге (> 11 баллов),  $\Sigma_{\text{ср ут}}$  составил 12,0±0,3 балла.

По результатам субшкалы А HADS в группе 1.4 (пациенты в периоде третьей волны продромального периода) у 44 (44%) человек отмечены показатели в пределах нормы (0–7

баллов),  $\Sigma_{\text{ср ут}}$  составил 6,00±0,07 балла; у 38 (38%) больных показатели соответствовали субклинически выраженной тревоге (8–10 баллов),  $\Sigma_{\text{ср ут}}$  составил 8,00±0,09 балла. У 18 (18%) пациентов обнаружен уровень, соответствующий клинически выраженной тревоге (> 11 баллов),  $\Sigma_{\text{ср ут}}$  составил 13,00±0,43 балла.

По результатам субшкалы D HADS в ГС (здоровые) у 96 (96%) человек отмечены нормальные показатели (0–7 баллов), усредненный показатель уровня депрессии ( $\Sigma_{\text{ср уд}}$ ) составил 4,00±0,07 балла; у 4 (4%) человек показатели соответствовали субклинически выраженной депрессии (8–10 баллов),  $\Sigma_{\text{ср уд}}$  составил 8,00±0,25 балла. Ни у одного пациента не обнаружен уровень, соответствующий клинически выраженной депрессии (>11 баллов).

По результатам субшкалы D HADS в группе 1.1 (пациенты в периоде интермиссии) 88 (88%) человек показали результаты в пределах нормы (0–7 баллов),  $\Sigma_{\text{ср уд}}$  составил 6,00±0,07 балла; у 12 (12%) человек показатели соответствовали субклинически выраженной депрессии (8–10 баллов),  $\Sigma_{\text{ср уд}}$  составил 8,00±0,27 балла. Ни у одного пациента не обнаружили уровень, соответствующий клинически выраженной депрессии (>11 баллов).



По результатам субшкалы D HADS в группе 1.2 (пациенты в периоде первой волны продромального периода) у 78 (78%) человек отмечены показатели в пределах нормы (0–7 баллов),  $\Sigma_{\text{ср уд}}$  составил  $6,0 \pm 0,1$  балла; у 18 (18%) человек показатели соответствовали субклинически выраженной депрессии (8–10 баллов),  $\Sigma_{\text{ср уд}}$  составил  $9,00 \pm 0,38$  балла. У 4 (4%) пациентов уровень соответствовал клинически выраженной депрессии (>11 баллов),  $\Sigma_{\text{ср уд}}$  составил  $13,00 \pm 0,25$  балла.

По результатам субшкалы D HADS в группе 1.3 (пациенты в периоде второй волны продромального периода) 64 (64%) человека показали результаты в пределах нормы (0–7 баллов),  $\Sigma_{\text{ср уд}}$  составил  $6,00 \pm 0,15$  балла; у 22 (22%) человек показатели соответствовали субклинически выраженной депрессии (8–10 баллов),  $\Sigma_{\text{ср уд}}$  составил  $9,00 \pm 0,08$  балла. У 14 (14%) пациентов отмечен уровень, соответствующий клинически выраженной депрессии (>11 баллов),  $\Sigma_{\text{ср уд}}$  составил  $12,00 \pm 0,26$  балла.

По результатам субшкалы D HADS в группе 1.4 (пациенты в периоде третьей волны продромального периода) 26 (26%) человек показали результаты в пределах нормы (0–7 баллов),  $\Sigma_{\text{ср уд}}$  составил  $6,00 \pm 0,22$  балла; у 32 (32%) больных показатели соответствовали субклинически выраженной депрессии (8–10 баллов),  $\Sigma_{\text{ср уд}}$  составил  $9,00 \pm 0,14$  балла. У 42 (42%) пациентов уровень соответствовал клинически выраженной депрессии (>11 баллов),  $\Sigma_{\text{ср уд}}$  составил  $14,00 \pm 0,18$  балла.

В популяции пациентов отмечается конкордантное увеличение представленности как депрессивных, так и тревожных состояний, при этом состояния тревожности в целом преобладают до этапа второй волны продромального

периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства за счет субклинически выраженных форм ( $p < 0,05$ ). На этапе второй волны продромального периода отмечается увеличение частоты депрессивных состояний преимущественно за счет субклинически выраженных форм депрессии, которые на последующем этапе течения продромального периода интенсифицируются до уровня клинически выраженных состояний, тем самым формируя структурный базис психопатологических нарушений в рамках рекуррентного депрессивного расстройства ( $p < 0,05$ ). Анализ динамики представленности тревожных состояний в периодах второй и третьей волны продромального периода показывает постепенное увеличение субклинически выраженных состояний, которые лишь в малом количестве наблюдений достигают клинически выраженного уровня ( $p < 0,05$ ).

В ходе исследования контингента пациентов с использованием личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ) получено распределение типов отношения к заболеванию соответственно динамике развития продромального периода рекуррентного депрессивного расстройства, описанное в *таблице 2*.

Анализ результатов исследования указывает на наличие динамики изменения модуса отношения к заболеванию у исследуемого контингента соответственно этапу продромального периода. Эта динамика характеризуется дивергенцией типов отношения к заболеванию, достигая наибольшего полиморфизма в периоде второй волны продромального периода и дальнейшей конвергенцией в периоде третьей волны продромального периода, до трех основных типов

Таблица 2

**Результаты исследования популяции пациентов с использованием личностного опросника Бехтеревского института**

Период заболевания / Тип отношения к заболеванию	Период интермиссии	Период первой волны продромального периода	Период второй волны продромального периода	Период третьей волны продромального периода
Гармоничный (Г) (реалистичный, взвешенный)	87%	69%	34%	12%
Эргопатический (Р) (стенический)	0%	0%	0%	0%
Анозогнозический (З) (эйфорический)	4%	4%	4%	2%
Тревожный (Т) (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический)	3%	7%	13%	22%
Ипохондрический (И)	0%	1%	7%	7%
Неврастенический (Н)	5%	8%	9%	4%
Меланхолический (М) (витальнотоскливный)	0%	5%	18%	35%
Апатический (А)	0%	3%	11%	15%
Сенситивный (С)	1%	2%	3%	2%
Эгоцентрический (Э) (истероидный)	0%	1%	1%	1%
Паранойяльный (П)	0%	0%	0%	0%
Дисфорический (Д) (агрессивный)	0%	0%	0%	0%



Результаты исследования популяции пациентов с использованием теста «Пиктограмма»

Маркеры \ Период заболевания	Период ремиссии	Период первой волны продромального периода	Период второй волны продромального периода	Период третьей волны продромального периода
Снижение уровня опосредованного запоминания	11%	25%	34%	36%
Удлинение времени реакции в исследовании	4%	7%	16%	26%
Наличие спонтанных высказываний интрапунтивного характера со ссылками на собственную несостоятельность	0%	2%	7%	8%
Наличие шоковых реакций	0%	0%	0%	2%
Наличие феноменов «возврата» и «замены»	1%	6%	15%	16%
Наличие феномена «множественной линии»	4%	9%	16%	20%
Наличие феномена «сверхупорядоченности»	2%	8%	11%	9%
Наличие факта нарушения инструкции	6%	8%	6%	5%

(меланхолический, тревожный и апатический), соответствующих вариантам аффективной аранжировки классического депрессивного синдрома.

Исследуемый контингент пациентов подвергли клинико-психологическому исследованию по методике «пиктограмма» с использованием стандартного набора, включающего 16 понятий: 1. Веселый праздник; 2. Тяжелая работа; 3. Вкусный ужин; 4. Болезнь; 5. Печаль; 6. Счастье; 7. Любовь; 8. Развитие; 9. Разлука; 10. Обман; 11. Победа; 12. Подвиг; 13. Вражда; 14. Справедливость; 15. Сомнение; 16. Дружба. При оценке результатов использовали группы маркеров:

#### I. Маркеры депрессии:

- снижения уровня опосредованного запоминания (маркер определения аффективно-детерминированных мнестических нарушений);
- удлинение времени реакции во время исследования (маркер брадипсихии, нарушения внимания в рамках психастенических состояний);
- наличие спонтанных высказываний интрапунтивного характера со ссылками на собственную несостоятельность (маркер гипотимии);
- наличие шоковых реакций (маркер гипотимии).

#### II. Маркеры тревожности:

- наличие феноменов «возврата» и «замены»;
- наличие феномена «множественных линий».

#### III. Маркеры астенизации:

- сверхупорядоченность пиктограммы (маркер субдепрессии и ананкастных нарушений);
- наличие нарушений инструкции (маркер психастенического состояния или негативистической установки).

Результаты исследования в обобщенном виде представлены в *таблице 3*.

Анализ результатов исследования контингента пациентов с использованием метода «Пиктограмма» указывает на наличие прогрессивного снижения уровня опосредованного запоминания по мере развития аффективных нарушений в рамках продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства. Регистрация пиктографических феноменов использованных в данном

исследовании в качестве маркеров субклинических психопатологических нарушений указывает на преобладание состояний тревожности в периоде ремиссии и первой волны продромального периода и последующее нарастание депрессивных нарушений, доминирующих в периодах второй и третьей волны продромального периода. Уровень психастенических состояний у пациентов остается относительно стабильным во всех исследованных периодах.

#### Выводы

На основании полученных результатов исследования установили следующие медико-психологические предикторы продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства:

- увеличение представленности депрессивных и тревожных проявлений в структуре медико-психологических особенностей больных с превалированием тревоги над депрессивными феноменами ( $p < 0,05$ );
- прогрессивное нивелирование гармоничного типа отношения к заболеванию со сдвигом внутренней картины болезни в сторону неврастенического, меланхолического, апатического и тревожного типов отношения к заболеванию ( $p < 0,05$ );
- снижение уровня опосредованного запоминания, удлинение времени реакции, учащение нарушения инструкций, наличие спонтанных высказываний интрапунтивного характера со ссылками на собственную несостоятельность, наличие феноменов «возврата» и «замены», появление феноменов «множественной линии» и «сверхупорядоченности» ( $p < 0,05$ ).

Установлены такие структурно-динамические характеристики медико-психологических предикторов продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства:

- наличие динамической организации медико-психологических предикторов в структуре продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства;
- динамическую смену групп медико-психологических предикторов в континууме психастения-тревожность-



депрессия в рамках последовательной смены этапов продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства.

Отмеченные группы медико-психологических предикторов в совокупности с исследованием клинико-психопатологических предикторов продромального периода повторного эпизода рекуррентного репрессивного расстройства формируют методологический базис для разработки рациональной системы мониторинга развития повторных эпизодов

психопатологических нарушений, основывающейся на формировании аутодиагностического модуля у пациентов, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством. Помимо психодиагностического значения обнаруженные в нашем исследовании медико-психологические предикторы в дальнейшем могут выступать в качестве точек приложения психотерапевтических методик в рамках формирования конгруэнтной системы психотерапии и психопрофилактики расстройств указанной нозологической принадлежности.

### Список литературы

1. Eaton W.W. Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder / W.W. Eaton, H. Shao, G. Nestadt // *Archives of General Psychiatry*. – 2008. – Vol. 65(5). – P. 513–520.
2. Bonde J.P. Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence / J.P. Bonde // *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. – 2008. – Vol. 65(7). – P. 438–445.
3. Hirschfeld R.M.A. The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care / R.M.A. Hirschfeld // *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*. – 2001. – Vol. 3(6). – P. 244–254.
4. Holma K.M. Long-term outcome of major depressive disorder in psychiatric patients is variable / K.M. Holma, I.A. Holma, T.K. Melartin // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2008. – Vol. 69(2). – P. 196–205.
5. Zigmond A.S. The hospital anxiety and depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1983. – Vol. 67(6). – P. 361–370.
6. Bjelland I. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review / I. Bjelland // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2002. – Vol. 52(2). – P. 69–77.
7. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – СПб., 2005. – 86 с.
8. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия. – М., 2002. – 384 с.

### References

1. Eaton, W. W., Shao, H., & Nestadt, G. (2008) Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 513–520. doi: 10.1001/archpsyc.65.5.513.
2. Bonde, J. P. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(7), 438–445. doi: 10.1136/oem.2007.038430.
3. Hirschfeld, R. M. A. (2001) The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3(6), 244–254.
4. Holma, K. M., Holma, I. A., & Melartin, T. K. (2008) Long-term outcome of major depressive disorder in psychiatric patients is variable. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 196–205.
5. Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.
6. Bjelland, I. (2002) The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69–77.
7. Vasserman, L. I., Iovlev, B. V., Karpova, E. B., & Vuks, A. Y. (2005) Psihologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni. Posobie dlya vrachej [Psychological diagnostics of attitude towards the disease. Manual for physicians]. Saint Petersburg. [in Russian].
8. Luriya, A. R. (2002) Osnovy nejropsikhologii [Basics of neuropsychology]. Moscow. [in Russian].

### Сведения об авторах:

Чугунов В.В., д. мед. н., профессор, зав. каф. психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет.

Киреева Е.Н., врач-психиатр, КЛПУ «Городская психоневрологическая больница №2», E-mail: psychiatra@rambler.ru.

Поступила в редакцию 14.04.2014 г.