

УДК 616.895.4-07

ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИКУ И ТЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Е. В. Шмунк

*Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС
Сибирского государственного медицинского университета, Томск*

В последнее время отмечаются новые тенденции в течении депрессивных расстройств. Многие авторы указывают на то, что течение депрессии не такое благоприятное, как считалось ранее [18]. Если в пятидесятых годах 80% больных выздоравливали, то к концу прошлого столетия около 40% депрессий приобретали хронический рецидивирующий характер с затяжными эпизодами обострений. Пациенты с большой депрессией часто демонстрируют неполный ответ на антидепрессивную терапию или вовсе отсутствие эффекта [24, 56]. В клинических исследованиях приблизительно одна треть пациентов достигает полной ремиссии, одна треть отмечает эффект от терапии и одна треть является нонреспондерами. Частичная ремиссия характеризуется наличием плохо очерченных резидуальных симптомов. Эти симптомы чаще всего включают сниженное настроение, психическую тревогу, расстройства сна, утомляемость, снижение интересов или удовольствия [69]. Резидуальные симптомы встречаются даже в тех случаях, когда наблюдался хороший ответ на антидепрессивную терапию. Они ассоциированы с суицидальными мыслями и попытками, а также с хронизацией, большим числом посещений врачей и, в частности, врачей-психиатров, необходимостью социальной помощи и пособий по нетрудоспособности. Риск инсульта и инфаркта также выше у пациентов с резидуальными симптомами. Значительная часть пациентов с парциальной ремиссией традиционно не учитываются при проведении испытаний антидепрессантов.

В настоящее время не ясно, какие факторы определяют выздоровление при депрессивных расстройствах, а какие неполную ремиссию или ее отсутствие. Результаты исследований, посвященных поиску предикторов выздоровления от депрессии, крайне противоречивы. Множество факторов влияет на клиническое течение заболевания, но немногие достоверно связаны с ответом на терапию [3]. Предикторы прогноза сходны у пациентов с невротической и эндогенной депрессией, согласно МКБ-9 [46]. В первые 20 недель лечения паттерн улучшения у пациентов с меланхолической депрес-

сией отличается от пациентов с немеланхолической депрессией, но одинаков спустя 20 недель и через год после начала терапии [53].

Проблема долгосрочного прогноза при депрессии плохо изучена. Современные данные, касающиеся этого вопроса, по большей части основаны на малых выборках пациентов, направляемых к психиатрам. Результаты различных исследований трудно сравнивать между собой из-за больших различий в выборках и методах. Тем не менее, эти исследования подтверждают, что долгосрочный прогноз при депрессии в общей популяции и в первичной медицинской сети лучше, чем в психиатрической службе [2, 73]. Трудности заключаются еще и в том, что в разных исследованиях используются разные диагностические категории: большая депрессия, малая депрессия, субсиндромальная депрессия [12]. Большинство данных по предикции антидепрессивной терапии невоспроизводимы. Более того, большинство таких предикторов выявляются ретроспективно и опытным путем [68]. Это касается как биологических, так и социодемографических данных.

Большинство демографических и клинических факторов не являются значимыми предикторами ответа на терапию. Противоречивые данные, касающиеся предикторов ответа на лечение депрессии, выражаются в отсутствии четких указаний по выбору антидепрессивной терапии. В литературе упоминаются несколько переменных, которые влияют на исход депрессивного расстройства. Среди них длительность и тяжесть текущего эпизода, количество предшествующих эпизодов, коморбидная патология, семейная отягощенность по аффективным расстройствам, социальная поддержка, количество негативных жизненных событий и уровень преморбидного невротизма. Личностные характеристики и уровень образования, взаимодействуя между собой, также играют важную роль.

Принципиально важным для эффективного лечения является правильная постановка диагноза. Остальные же данные, такие как возраст, пол, семейное положение таковыми не являются [17].

Социодемографические факторы могут рассматриваться в качестве предикторов исхода депрессии в случаях, когда пациенты получают адекватное лечение.

По данным большинства авторов, тяжесть большой депрессии при постановке диагноза до начала терапии, является наиболее значимым фактором, определяющим ее долгосрочный прогноз [29, 37, 40, 43, 44, 48]. Исход депрессии также определяется тяжестью сопутствующей ей тревоги. Высокий уровень депрессии и тревоги обуславливают отсроченное наступление ремиссии [49, 50, 67]. После ее наступления, пациенты с тяжелой депрессией нуждаются в пристальном наблюдении для распознавания рецидива, особенно в первые 2 месяца, а также в более длительной фазе поддерживающей терапии [76]. По мнению ряда исследователей, тяжесть и длительность эпизода большой депрессии являются единственными значимыми предикторами выздоровления [2, 8, 36, 57]. Было доказано, что длительность интервала между началом эпизода и назначением адекватной лекарственной терапии, так называемый «no-treatment interval» является предиктором персистенции симптомов большой депрессии [28]. Пациенты с более длительным периодом до начала антидепрессивной терапии и большим количеством депрессивных эпизодов склонны к хронизации процесса независимо от вида применяемой терапии [10, 28, 47]. При нехронической большой депрессии предикторами эффективности терапии являются меньшая длительность заболевания, острое начало и меньшая тяжесть состояния [34]. К сожалению, практически отсутствуют подобные данные относительно хронической депрессии. Это подчеркивает важность раннего и адекватного лечения депрессии. В других исследованиях было показано, что ни длительность этого интервала, ни низкие дозы препаратов не имеют прогностического значения [54, 55].

У пожилых пациентов прогноз достоверно ухудшается с увеличением длительности текущего эпизода и количества предшествующих эпизодов [70]. Применение анксиолитиков и седатиков, более выраженные проблемы в повседневной жизни, субъективное восприятие социальной поддержки как слабой, являются предикторами плохого прогноза спустя год после начала терапии в этой группе больных [7].

Клиническая типология депрессии также является важным прогностическим фактором. Пациенты с гипогедоническим типом большой депрессии и менее выраженными психомоторными расстройствами демонстрировали хорошие результаты терапии [13, 53]. Соматические симптомы большого депрессивного расстройства ассоциированы с отсроченным появлением эффекта от антидепрессивной терапии флуоксетином [51]. Вербализация суицидальных мыслей, низкий уровень соматической тревоги, выраженное чувство вины, невыраженная средняя бессонница, а также отсутствие

расстройств настроения в семейном анамнезе и молодой возраст являются предикторами хорошего исхода большой депрессии [42]. Предиктором плохого исхода в группе пациентов среднего возраста с депрессивным расстройством (средний возраст 47,8 лет) была меланхолическая депрессия [70]. Появление мании, то есть биполярного течения депрессивного расстройства ухудшает прогноз [15].

Данные, касающиеся прогностической ценности такого фактора как возраст, крайне противоречивы. Старший возраст, плохое физическое функционирование и снижение энергичности прогностически неблагоприятные факторы при лечении СИОЗС [14]. Молодой возраст (14–25 лет) и негативные, стрессовые события в семье ассоциированы с повышенным риском возникновения нового эпизода депрессии [23]. В других исследованиях, напротив, было показано, что пациенты, имеющие более раннее начало депрессии лучше реагируют на терапию антидепрессантами [56]. Высокий уровень неблагоприятных событий в течение 6–12 месяцев до начала антидепрессивной терапии достоверно определяет плохое течение заболевания, затрудняя выздоровление после первого и второго эпизодов депрессии [9]. Отсутствие серьезных стрессовых или фрустрирующих событий в ходе лечения являются предикторами улучшения [23, 30, 72].

Коморбидные заболевания влияют на качество жизни и играют важную роль в прогнозировании результатов антидепрессивной терапии. Существуют данные, указывающие на то, что у людей с хроническими легочными заболеваниями и стойким болевым синдромом прогноз при большой депрессии хуже [6, 77].

В большинстве исследований было показано, что социальная поддержка является положительным предиктором. Пациенты с большой депрессией, состоящие в браке, лучше реагируют на терапию антидепрессантами [25, 56]. Эмоциональная поддержка семьи и друзей положительно влияют на исход депрессии [48]. Социальная поддержка является благоприятным прогностическим фактором для выздоровления от первого эпизода большой депрессии при первичном поступлении в стационар [9]. При этом связь между ремиссией и видом терапии: пароксетин, проблемно ориентированная терапия или плацебо отсутствует [22].

Напротив, одиночество, отсутствие доверительных отношений с партнером, отсутствие дружеских отношений или их неудовлетворительное качество, критика со стороны членов семьи и низкий доход семьи являются факторами, пролонгирующими депрессивный эпизод [2, 27, 71, 74, 76]. Именно поэтому психосоциальные интервенции с родственниками первой степени родства и близкими друзьями должны приниматься к сведению как часть тактики лечения первого эпизода большой депрессии. Субъективное восприятие социальной поддержки как плохой ухудшает течение большой депрессии и снижает удовлетворенность своей жизнью [5, 19].

Межличностные отношения с партнером у пациентов с немеланхолической депрессией являются важным прогностическим фактором. Краткосрочное улучшение значимо связано с восприятием заботы партнера. Долгосрочный прогноз в плане улучшения депрессии таков. Те пациенты, которые расстались с партнером, не проявляющим заботы, и пациенты имеющие поддержку от своих партнеров, демонстрировали сходный паттерн улучшения, а проживающие в натянутых отношениях, вовсе не испытывали улучшения [32].

Существуют данные, которые подтверждают, что коморбидные тревожные расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство, агорафобия с паническим расстройством, зависимость от психоактивных веществ являются факторами, определяющими более длительное течение эпизода и рекуррентное течение большой депрессии [27, 43]. У пожилых пациентов с коморбидной дистимией исход депрессии хуже [35].

Личностные особенности и расстройства оказывают сильное влияние на течение большой депрессии. Исследования, посвященные этой проблеме, дают противоречивые данные и утверждают, что необходима специфическая оценка личности, так как личностные расстройства представляют собой сложную картину. Предварительные результаты показали, что интроверсия имеет отрицательное влияние на исход униполярной меланхолической депрессии, тогда как экстраверсия, ригидность и увлечение эзотерикой – положительное [31]. Наличие расстройства личности, низкая самооценка и низкая удовлетворенность социальной поддержкой являются предикторами отсутствия ремиссии спустя год после начала лечения [19, 20, 64]. По данным других авторов, выявляется слабая связь с личностными особенностями (пассивная зависимая личность) и стрессовыми событиями [54, 55]. Пациенты с обсессивно-компульсивной личностной структурой выздоравливают чаще, чем пациенты с соматизацией и пассивно-агрессивной личностной структурой. При этом психиатрический анамнез и симптоматология депрессии не являются значимыми предикторами исхода. Эндогенность и неэндогенность депрессии также не имеет значения. Тревожные, депрессивные личностные черты и низкий уровень образования затрудняют выздоровление [34, 66]. Склонность к рефлексии и избегающее поведение связаны с хорошим исходом депрессии, а опасные виды деятельности с плохим [16, 78]. Отсутствие застенчивости в детстве, более короткая депрессия, индивидуальная психотерапия определяли лучший исход у немеланхолических пациентов [53].

Невротизм объясняет значительную разницу в исходах всех заболеваний, независимо от других предикторов. Невротизм может объяснить, почему люди со сходными заболеваниями имеют разный уровень нетрудоспособности, выраженность боли и склонности к соматизации [60]. Депрессия у невро-

тических пациентов влияет на состояние здоровья, тогда как при отсутствии невротизма такая связь очень незначительна. Высокий уровень невротизма (согласно самоопросникам) служит предиктором хронизации большой депрессии [2, 28, 33, 37]. По данным других авторов невротизм, враждебность и социальная дисфункция имеют отрицательное прогностическое значение только для неэндогенной депрессии и биполярного депрессивного расстройства, и не влияют на течение униполярной эндогенной депрессии [31]. Сочетание трех факторов определяет рекуррентное течение депрессии в 90% случаев: повышенный уровень невротизма по шкале Айзенка, короткий курс лечения текущего эпизода и медленное появление эффекта от терапии данного эпизода [4].

В одном оригинальном исследовании было показано, что оптимистическое восприятие и настрой психиатра и пациента с депрессией на протяжении первых трех дней пребывания в клинике, являются достаточно значимыми предикторами хорошего исхода заболевания [58]. Восприятие своего здоровья пациентом как плохого и понимание пациента врачом как трудного являются предикторами плохого эффекта от лечения [40]. Пациенты с дистимией и малой депрессией лучше реагируют на антидепрессивную терапию, если они не убеждены, что депрессия это заболевание, имеющее исключительно биологическую природу и если они считают себя в целом здоровыми людьми [65]. Осведомленность пациентов об аффективных расстройствах и особенно знания о лечении являются предиктором выздоровления от депрессии. Предикторами улучшения после выписки из стационара являются: удовлетворенность стационарным лечением, эффективное лечение в амбулаторном звене, более молодой возраст, отсутствие в анамнезе сексуального насилия и предшествующих госпитализаций в психиатрический стационар [11].

Уровень улучшения психосоциального функционирования у пациентов с большой депрессией, проходящих амбулаторное лечение антидепрессантами, связан с уровнем образования [63].

Важными уникальными предикторами отсутствия ответа на терапию являются социальноэкономический фактор (безработица), на который невозможно воздействовать медицинскими мерами, а также несоблюдение режима приема медикаментов [61].

Резидуальные симптомы являются мощными предикторами раннего рецидива депрессии, который происходит в 3–6 раз чаще у пациентов с резидуальными симптомами, чем с полной ремиссией [55, 69].

Факторы, определяющие ранний и долгосрочный прогноз при депрессии, различны. Быстрое наступление ремиссии является наиболее важным предиктором хорошего долгосрочного прогноза при депрессивном эпизоде. К концу 6 недели тяжесть депрессии зависит от уровня социальной поддержки и тяжести депрессии на момент начала лечения.

Отсутствие ремиссии эпизода большой депрессии к концу 6 недели острой фазы лечения определяет отсутствие ремиссии к концу 2 года [66]. По данным некоторых авторов первичное улучшение, наблюдаемое даже в более ранние сроки после начала терапии, а именно в первые три недели, является прогностически значимым [45]. Учет этих критериев наступления ремиссии может помочь раннему (в пределах 3 мес.) выявлению пациентов с высоким риском хронизации. У пациентов с реактивной или невротической депрессией, не получающих лечения, степень улучшения в первые 6 недель определялась степенью улучшения через неделю, а более определенно через 3 недели [52]. Прогностическую ценность у пациентов с большой депрессией, проходивших амбулаторное лечение, имела степень улучшения в первые 2 недели. Так, 75% пациентов без значительной редукции баллов по шкале Гамильтона (менее 20%) спустя 2 недели лечения демонстрировали отсутствие улучшения через 6 недель [21]. При этом ни демографические переменные, ни длительность текущего эпизода, ни тяжесть депрессивных симптомов, ни количество баллов по шкале Гамильтона в начале лечения не показали клинически релевантной связи с исходом депрессивного расстройства [41]. Авторы доказали, что клинический эффект в первые две недели терапии является наилучшим предиктором финального терапевтического эффекта. Спустя 4 недели лечения без видимых результатов терапевтический метод должен быть изменен, в том числе должен быть сменен антидепрессант на препарат с другими биохимическими свойствами. Эта взаимосвязь не однозначна в группе пожилых пациентов [75].

Изначально более высокое качество жизни, проживание с супругом или партнером, более высокий уровень образования являются наиболее значимыми предикторами эффективности фармакотерапии в острой фазе у пациентов с хронической депрессией [34].

Своевременная диагностика депрессии во многих случаях становится решающим условием для успешной медицинской помощи. Выявление и лечение депрессии в первичной сети позволяет облегчить ее симптомы, предупредить рецидив и снизить

затраты на лечение, а также негативное влияние заболевания на общество [26, 38, 39, 59]. Часто проявлениями депрессии являются симптомы, напоминающие таковые при соматических заболеваниях и «маскирующие» ее. В связи с этим, пациенты с расстройствами депрессивного спектра часто проделывают длительный путь, прежде чем попадают в поле зрения психиатра, в течение которого они проходят многочисленные обследования и получают лечение, которое не приносит результатов. К настоящему времени сложилось представление о необходимости организационных изменений в оказании помощи больным депрессиями. Это произошло не только потому, что депрессия все чаще оценивается эпидемиологически, но и потому, что она оказывает определенное влияние на развитие общества. Об этом в конце 60-х – начале 70-х годов задумывались мало, потому что тогда важно было любой ценой достичь результата – обрыва депрессии [1]. В последние годы общая концепция терапии депрессий видоизменяется и в существенной мере опирается на смену «поколений» антидепрессантов, а также на появление разнообразных немедикаментозных методов лечения больных депрессиями. Новые терапевтические средства побуждают иначе оценивать возможности и организационные формы терапии депрессий, нежели 20–30 лет назад. И речь здесь идет не только и не столько о конкретных антидепрессантах, улучшении их фармакологических свойств и повышении эффективности, сколько об изменении их соотношения с другими методами терапии в общей системе лечения больных, страдающих депрессиями. Наконец, речь идет и об определенном изменении содержания понятия терапии, которое сегодня включает не только методы биологической терапии (прежде всего фармакотерапии), но и формы психологического и психосоциального воздействия. Модели помощи пациентам с применением интегрированной психотерапии и медикаментозного лечения в первичной сети положительно влияют на долгосрочный прогноз при большой депрессии [24, 62]. Более полное понимание психосоциальных и клинических предикторов эффективности фармакотерапии депрессии очень важно как для пациентов, так и для врачей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснов В.Н. Современные подходы к терапии депрессий // Русский медицинский журнал. 2002. № 12. С. 553–555.
2. Angst J. Major depression in 1998: are we providing optimal therapy? // J. Clin. Psychiatry. 1999. Vol. 60, N 6. P. 5–9.
3. Bagby R.M., Ryder A.G., Cristi C. Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression // J. Psychiatry Neurosci. 2002. Vol. 27, N 4. P. 250–257.
4. Berlanga C., Heinze G., Torres M., Caballero A. Personality and clinical predictors of recurrence of depression // Psychiatr. Serv. 1999. Vol. 50, N 3. P. 376–380.
5. Blazer D., Hughes D.C., George L.K. Age and impaired subjective support. Predictors of depressive symptoms at one-year follow-up // J. Nerv. Ment. Dis. 1992. Vol. 180, N 3. P. 172–178.
6. Bogner H.R., Cary M.S., Bruce M.L. et al. The role of medical comorbidity in outcome of major depression in primary care: the prospect study // Am. J. Geriatr. Psychiatry. 2005. Vol. 13, N 10. P. 861–868.
7. Bosworth H.B., Hays J.C., George L.K., Steffens D.C. Psychosocial and clinical predictors of unipolar depression outcome in older adults // Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2002. Vol. 17, N 3. P. 238–246.
8. Brugha T.S., Bebbington P.E., MacCarthy B. et al. Antidepressants may not assist recovery in practice: a naturalistic prospective survey // Acta Psychiatr. Scand. 1992. Vol. 86, N 1. P. 5–11.
9. Brugha T.S., Bebbington P.E., Stretch D.D. et al. Predicting the short-term outcome of first episodes and recurrences of clinical depression: a prospective study of life events, difficulties, and social support networks // J. Clin. Psychiatry. 1997. Vol. 58, N 7. P. 298–306.
10. Bush T., Rutter C., Simon G. et al. Who benefits from more structured depression treatment? // Int. J. Psychiatry Med. 2004. Vol. 34, N 3. P. 247–258.
11. Caldecott-Hazard S., Hall R.C. Outcome assessment in depressed hospitalized patient // J. Fla. Med. Assoc. 1995. Vol. 82, N 1. P. 24–29.
12. Ceroni G.B., Statb P.R., Berardi D. et al. The Collaborative Project

- between Primary Care Medicine and Psychiatry, Regione Emilia-Romagna, AUSL Citta' di Bologna. Case review vs. usual care in primary care patients with depression: a pilot study // *General Hospital Psychiatry*. 2002. Vol. 24, N 2. P. 71–80.
13. Clark D.C., Fawcett J., Salazar-Grueso E., Fawcett E. Seven-month clinical outcome of anhedonic and normally hedonic depressed inpatients // *Am. J. Psychiatry*. 1984. Vol. 141, N 10. P. 1216–1220.
14. Corey-Lisle P.K., Nash R., Stang P. et al. Response, partial response, and nonresponse in primary care treatment of depression // *Arch. Intern. Med.* 2004. Vol. 164, N 11. P. 1197–1204.
15. Cusin C., Serretti A., Lattuada E. et al. Impact of clinical variables on illness time course in mood disorders // *Psychiatry Res.* 2000. Vol. 97, N 2–3. P. 217–227.
16. Enns M.W., Cox B.J. Psychosocial and clinical predictors of symptom persistence vs remission in major depressive disorder // *Can. J. Psychiatry*. 2005. Vol. 50, N 12. P. 769–777.
17. Esposito K., Goodnick P. Predictors of response in depression // *Psychiatr. Clin. North. Am.* 2003. Vol. 26, N 2. P. 353–365.
18. Ezquiaga E., Garcia A., Bravo F., Pallaris T. Factors associated with outcome in major depression: a 6-month prospective study // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1998. Vol. 33, N 11. P. 552–557.
19. Ezquiaga E., Garcia A., Pallarés T., Bravo M.F. Psychosocial predictors of outcome in major depression: a prospective 12-month study // *J. Affect. Disord.* 1999. Vol. 52, N 1–3. P. 209–216.
20. Ezquiaga E., Garcia-López A., de Dios C. et al. Clinical and psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression: a one year prospective study // *J. Affect. Disord.* 2004. Vol. 79, N 1–3. P. 63–70.
21. Faltermaier-Temizel M., Laakmann G., Baghai T., Kuhn K. Predictive factors for therapeutic success in depressive syndrome // *Nervenarzt*. 1997. Vol. 68, N 1. P. 62–66.
22. Frank E., Rucci P., Katon W. et al. Correlates of remission in primary care patients treated for minor depression // *General Hospital Psychiatry*. 2002. Vol. 24, N 1. P. 12–19.
23. Friis R.H., Wittchen H.-U., Pfister H., Lieb R. Life events and changes in the course of depression in young adults // *Eur. Psychiatry*. 2002. Vol. 17, N 5. P. 241–253.
24. Gensichen J., Torge M., Peitz M. et al. Case management for the treatment of patients with major depression in general practices – rationale, design and conduct of a cluster randomized controlled trial-PRoMPT (PRimary care Monitoring for depressive Patient's Trial) [ISRCTN66386086]-study protocol // *BMC Public Health*. 2005. Vol. 5. P. 101.
25. George L.K., Blazer D.G., Hughes D.C., Fowler N. Social support and the outcome of major depression // *Br. J. Psychiatry*. 1989. Vol. 154. P. 478–85.
26. Gilbody S., Bower P., Fletcher J. et al. Collaborative care for depression. A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes // *Arch. Intern. Med.* 2006. Vol. 166. P. 2314–2321.
27. Goodyer I.M., Herbert J., Secher S.M., Pearson J. Short-term outcome of major depression: I. Comorbidity and severity at presentation as predictors of persistent disorder // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1997. Vol. 36, N 2. P. 179–87.
28. Gormley N., O'Leary D. Time to remission in major depression. Is there a link between 'no-treatment interval' and outcome? // *Eur. Psychiatry*. 1996. Vol. 11, N 4. P. 290–291.
29. Hamilton K.E., Dobson K.S. Cognitive therapy of depression: pre-treatment patient predictors of outcome // *Clin. Psychol. Rev.* 2002. Vol. 22, N 6. P. 875–893.
30. Harris T., Brown G.W., Robinson R. Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. Role of fresh-start experiences and baseline psychosocial factors in remission from depression // *Br. J. Psychiatry*. 1999. Vol. 174. P. 225–232.
31. Heerlein A., Richter P., Gonzalez M., Santander J. Personality patterns and outcome in depressive and bipolar disorders // *Psychopathology*. 1998. Vol. 31. P. 15–22.
32. Hickie I., Parker G. The impact of an uncaring partner on improvement in non-melancholic depression // *J. Affect. Disord.* 1992. Vol. 25, N 2. P. 147–160.
33. Hirschfeld R.M., Klerman G.L., Andreasen N.C. et al. Psychosocial predictors of chronicity in depressed patients // *Br. J. Psychiatry*. 1986. Vol. 148. P. 648–654.
34. Hirschfeld R.M., Russell J.M., Delgado P.L. et al. Predictors of response to acute treatment of chronic and double depression with sertraline or imipramine // *J. Clin. Psychiatry*. 1998. Vol. 59, N 12. P. 669–675.
35. Hybels C.F., Blazer D.G., Steffens D.C. Predictors of partial remission in older patients treated for major depression: the role of comorbid dysthymia // *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2005. Vol. 13, N 8. P. 713–721.
36. Ionescu R., Popescu C., Jipescu I. Predictors of outcome in depression // *Rom. J. Neurol. Psychiatry*. 1994. Vol. 32, N 3. P. 153–173.
37. Katon W., Lin E., von Korff M. et al. The predictors of persistence of depression in primary care // *J. Affect. Disord.* 1994. Vol. 31, N 2. P. 81–90.
38. Katon W.J., Schoenbaum M., Fan M.Y. et al. Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2005. Vol. 62, N 12. P. 1313–1320.
39. Korff M.V., Goldberg D. Improving outcomes in depression // *BMJ*. 2001. Vol. 323. P. 948–949.
40. Kroenke K., Jackson J.L., Chamberlin J. Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: clinical predictors and outcome // *Am. J. Med.* 1997. Vol. 103, N 5. P. 339–347.
41. Laakmann G., Schüle C., Baghai T., Kraus J. Predictors of response to antidepressant drug therapy and their significance for the duration of treatment // *Eur. Psychiatry*. 1998. Vol. 13, N 4. P. 261.
42. Marie-Mitchell A., Leuchter A.F., Chou C.-P. et al. Predictors of improved mood over time in clinical trials for major depression // *Psychiatry Res.* 2004. Vol. 127, N 1–2. P. 73–84.
43. Melartin T.K., Sokero T.P. Severity and comorbidity predict episode duration and recurrence of DSM-IV major depressive disorder // *J. Clin. Psychiatry*. 2004. Vol. 65, N 6. P. 810–819.
44. Meyers B.S., Sirey J.A., Bruce M. et al. Predictors of early recovery from major depression among persons admitted to community-based clinics: an observational study // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2002. Vol. 59, N 8. P. 729–735.
45. Moller H.J., Fischer G., von Zerssen D. Prediction of therapeutic response in acute treatment with antidepressants. Results of an empirical study involving 159 endogenous depressive inpatients // *Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.* 1987. Vol. 236, N 6. P. 349–357.
46. Moller H.J., Krokenberger M., von Zerssen D. Prediction of short-term outcome of neurotic-depressive inpatients. Results of an empirical study of 134 inpatients // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurol. Sci.* 1993. Vol. 242, N 5. P. 301–309.
47. Mynors-Wallis L., Gath D. Predictors of treatment outcome for major depression in primary care // *Psychol. Med.* 1997. Vol. 27, N 3. P. 731–736.
48. Nasser E.H., Overholser J.C. Recovery from major depression: the role of support from family, friends, and spiritual beliefs // *Acta Psychiatr. Scand.* 2005. Vol. 11, N 2. P. 125–132.
49. O'Leary D., Costello F., Gormley N., Web M. Remission onset and relapse in depression. An 18-month prospective study of course for 100 first admission patients // *J. Affect. Disord.* 2000. Vol. 57, N 1–3. P. 159–171.
50. Ostler K., Thompson C., Kinmonth A.-L.K. et al. Influence of socio-economic deprivation on the prevalence and outcome of depression in primary care: The Hampshire Depression Project // *Br. J. Psychiatry*. 2001. Vol. 178. P. 12–17.
51. Papakostas G.I., Petersen T.J., Iosifescu D.V. et al. Somatic symptoms as predictors of time to onset of response to fluoxetine in major depressive disorder // *J. Clin. Psychiatry*. 2004. Vol. 65, N 4. P. 543–546.
52. Parker G., Blignault I. Psychosocial predictors of outcome in subjects with untreated depressive disorder // *J. Affect. Disord.* 1985. Vol. 8, N 1. P. 73–81.
53. Parker G., Hadzi-Pavlovic D., Brodaty H. et al. Predicting the course of melancholic and nonmelancholic depression. A naturalistic comparison study // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1992. Vol. 180, N 11. P. 693–702.
54. Paykel E.S. Remission and residual symptomatology in major depression // *Psychopathology*. 1998. Vol. 31, N 1. P. 5–14.
55. Paykel E.S., Ramana R., Cooper Z. et al. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression // *Psychol. Med.* 1995. Vol. 25, N 6. P. 1171–1180.
56. Perlis R.H., Alpert J., Nierenberg A.A. et al. Clinical and sociodemographic predictors of response to augmentation, or dose increase among depressed outpatients resistant to fluoxetine 20 mg/day // *Acta Psychiatr. Scand.* 2003. Vol. 108, N 6. P. 432–438.
57. Popescu C., Ionescu R., Jipescu I. Predictors of the response to tricyclic antidepressants in major depression // *Rom. J. Neurol. Psychiatry*. 1993. Vol. 31, N 2. P. 117–134.
58. Priebe S., Gruyters T. The importance of the first three days: predictors of treatment outcome in depressed in-patients // *Br. J. Clin. Psychol.* 1995. Vol. 34. P. 229–236.
59. Rost K., Pyne J.M., Dickinson L.M., LoSasso A.T. Cost-effectiveness of enhancing primary care depression management on an ongoing basis // *Ann. Family Med.* 2005. Vol. 3. P. 7–14.
60. Russo J., Katon W., Lin E. et al. Neuroticism and extraversion as predictors of health outcomes in depressed primary care patients // *Psychosomatics*. 1997. Vol. 38, N 4. P. 339–348.
61. Sherbourne C., Schoenbaum M., Wells K.B., Croghan T.W. Characteristics, treatment patterns, and outcomes of persistent depression despite treatment in primary care // *Gen. Hosp. Psychiatry*. 2004. Vol. 26, N 2. P. 106–114.
62. Sherbourne C.D., Wells K.B., Duan N. et al. Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care

// Arch. Gen. Psychiatry. 2001. Vol. 58. P. 696–703.

63. Spillmann M., Borus J.S., Davidson K.G. et al. Sociodemographic predictors of response to antidepressant treatment // Int. J. Psychiatry Med. 1997. Vol. 27, N 2. P. 129–136.

64. Stek M.L., Van Exel E., Van Tilburg W. et al. The prognosis of depression in old age: outcome six to eight years after clinical treatment // Aging Ment. Health. 2002. Vol. 6, N 3. P. 282–285.

65. Sullivan M.D., Katon W.J., Russo J.E. et al. Patient beliefs predict response to paroxetine among primary care patients with dysthymia and minor depression // J. Am. Board. Fam. Pract. 2003. Vol. 16, N 1. P. 22–31.

66. Szádóczy E., Rózsa S., Zámboi J., Füredi J. Predictors for 2-year outcome of major depressive episode // J. Affect. Disord. 2004. Vol. 83, N 1. P. 49–57.

67. Tedlow J., Fava M., Uebelacker L. et al. Outcome definitions and predictors in depression // Psychother. Psychosom. 1998. Vol. 67, N 4–5. P. 266–270.

68. Terra J.L. Depressive disorders. Sociodemographic factors predicting therapeutic response // Encephale. 1991. Vol. 17, N 3. P. 373–376.

69. Tranter R., O'Donovan C., Chandarana P., Kennedy S. Prevalence and outcome of partial remission in depression // J. Psychiatry Neurosci. 2002. Vol. 27, N 4. P. 241–247.

70. Tuma T.A. Effect of age on the outcome of hospital treated depression // Br. J. Psychiatry. 1996. Vol. 168, N 1. P. 76–81.

71. Uehara T., Yokoyama T., Goto M., Ihda S. Expressed emotion and

short-term treatment outcome of outpatients with major depression // Compr. Psychiatry. 1996. Vol. 37, N 4. P. 299–304.

72. Vallejo J., Gasto C., Catalan R. et al. Predictors of antidepressant treatment outcome in melancholia: psychosocial, clinical and biological indicators // J. Affect. Disord. 1991. Vol. 21, N 3. P. 151–162.

73. van Weel-Baumgarten E.M., Schers H.J., van den Bosch W.J. et al. Long-term follow-up of depression among patients in the community and in family practice settings. A systematic review // J. Fam. Pract. 2000. Vol. 49, N 12. P. 1113–1120.

74. Veiel H.O., Kijhner C., Brill G., Ihle W. Psychosocial correlates of clinical depression after psychiatric in-patient treatment: methodological issues and baseline differences between recovered and non-recovered patients // Psychol. Med. 1992. Vol. 22, N 2. P. 415–427.

75. Volz H.P., Muller H., Sturm Y., Preussler B. Effect of initial treatment with antidepressants as a predictor of outcome after 8 weeks // Psychiatry Res. 1995. Vol. 58, N 2. P. 107–115.

76. Walker E.A., Katon W.J., Russo J. et al. Predictors of outcome in a primary care depression trial // J. Gen. Intern. Med. 2000. Vol. 15, N 12. P. 859–867.

77. Williams L.S., Jones W.J., Shen J. et al. Outcomes of newly referred neurology outpatients with depression and pain // Neurology. 2004. Vol. 63, N 4. P. 674–677.

78. Yamada K., Nagayama H., Tsutiyama K. et al. Coping behavior in depressed patients: a longitudinal study // Psychiatry Res. 2003. Vol. 121, N 2. P. 169–177.

ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИКУ И ТЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Е. В. Шмунк

Автором представлен обзор литературы, касающийся современных взглядов на факторы, оказывающие влияние на клинику и течение депрессивных расстройств. Среди них обозначены предикторы неблагоприятного затяжного прогноза: тяжесть, длительность депрессивного эпизода, типология депрессии (соматизация, меланхолический тип), социальные факторы, личностные расстройства, резидуальные симптомы в ремиссии, поздняя диагностика.

Отмечены изменения концепции терапии депрессий в последние годы. Это не только использование нового поколения более эффективных антидепрессантов, но необходимость биопсихосоциального подхода с использованием различных форм психологического и социального воздействия.

Ключевые слова: депрессия, течение, терапия, прогноз, предикторы.

FACTORS INFLUENCING THE CLINICAL PICTURE AND COURSE OF DEPRESSIVE DISORDERS

E. V. Shmunk

This review of literature presents current views on the factors that influence the clinical picture and course of depressive disorders. The author describes the predictors of unfavorable long-term outcome, such as severity and duration of depressive episode, typology of depression (somatization, melancholic type), social factors, personality disorders, residual

symptoms, late diagnosis. Recent changes in the treatment strategy consist in the use of effective new generation antidepressants and also increasing role of biopsychosocial approach with various forms of psychological and psychosocial interventions.

Key words: depression, course, treatment, prognosis, predictors.

Шмунк Елена Викторовна – ассистент, кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС Сибирского государственного медицинского университета, Томск, e-mail: eshmunk@mail.ru