

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-1-50-58>

УДК 616.89; 616.895.4; 616.8-008.64; 616.053.7; 616.89-02-053

Хронические эндогенные депрессии в юношеском возрасте

Мигалина В.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

НАУЧНЫЙ
ОБЗОР

Резюме

Цель: анализ данных современной отечественной и зарубежной литературы, посвященной проблеме длительных депрессивных состояний, манифестировавших в юношеском возрасте. **Материал и метод:** по ключевым словам «юношеская депрессия», «хроническая депрессия», «затяжная депрессия», «атипичная депрессия», «дистимия» отобраны и проанализированы статьи в базах MEDLINE/PubMed, Elibrary с 2009 по 2019 г., а также релевантные ссылки в списках литературы анализированных статей. **Заключение:** представленные данные демонстрируют высокую распространенность длительных депрессивных состояний в юношеском возрасте, приводящих к выраженному снижению трудового и социального функционирования. Во многих работах приведен анализ особенностей психопатологической структуры затяжных депрессий с учетом течения основного заболевания. Признается, что подобные депрессии являются нозологически неспецифичными и могут выступать изолированно или в сочетании с другими психопатологическими проявлениями, что обуславливает сложность изучения патогенеза и прогноза исследуемых состояний. Освещена важность своевременной и правильной нозологической оценки юношеских хронических эндогенных депрессий.

Ключевые слова: хроническая депрессия; атипичная депрессия; персистирующее депрессивное расстройство; дистимия; юношеский возраст.

Для цитирования: Мигалина В.В. Хронические эндогенные депрессии в юношеском возрасте. *Психиатрия*. 2020;18(1):50–58. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-1-50-58>.

Конфликт интересов отсутствует

Chronic Depression in Youth

Migalina V.V.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

REVIEW

Summary

The aim of the review: to analyze up-to-date domestic and foreign literature dedicated to the problem of chronic depression in youth. **Material and method:** according to the keywords «juvenile depression», «chronic depression», «prolonged depression», «atypical depression», «dysthymia» papers were selected and analyzed from 2009 till 2019 in databases of MEDLINE/PubMed as well as relevant references in the literature of the analyzed papers. **Conclusion:** the results of the analysis of scientific publications, the records demonstrate high prevalence of chronic juvenile depression, which contributes to a pronounced decrease in labor and social functioning. Questions of features of psychopathological structure of depression were studied according to the specificity of the course of the disorder and dynamic aspects. It is shown that such depressions are nosologically nonspecific and can appear in isolation or in combination with other psychopathological features, which cause difficulty in studying of the pathogenesis and prognosis of these states. The importance of timely and correct nosological assessment of chronic juvenile depression is highlighted.

Keywords: chronic depression; atypical depression; persistent depressive disorder; dysthymia; youth.

For citation: Migalina V.V. Chronic Depression in Youth. *Psychiatry*. 2020;18(1):50–58. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-1-50-58>.

There is no conflict of interests

ВВЕДЕНИЕ

Депрессия является одним из ведущих по заболеваемости состояний и одной из основных причин инвалидности в мире [1]. По данным ВОЗ, на 2017 г. депрессией страдают около 33 млн человек [2, 3]. Несмотря

на значительный интерес ученых и большое количество проведенных исследований, посвященных депрессии, в том числе вопросам терапии, примерно у 20–35% всех пациентов с большим депрессивным расстройством развивается хроническое течение [1, 4]. Заболевание может растягиваться на многие годы и достигать 20–25 лет [5].

По сравнению с нехроническими формами, длительная депрессия связана с увеличением сопутствующих психических расстройств, суицидальных попыток [1, 6], резистентности к терапии [7], а также менее благоприятным прогнозом, худшими социально-экономическими условиями, уровнем образования и значительными финансовыми затратами в сфере здравоохранения, что делает эту проблему одной из наиболее актуальных [8, 9].

Согласно обзору Hölzel и соавт. [1], в 70% всех случаев пациенты с хронической депрессией имели раннее начало заболевания — в подростково-юношеском возрасте. Характерные для этого периода жизни морфофункциональные изменения основных систем организма, перестройка регуляторных механизмов и изменение социальных стереотипов играют значительную роль в формировании депрессивных расстройств, обуславливая их выраженную атипичность и полиморфизм клинической картины [10, 11], а также, что немаловажно, детерминируя высокий суицидальный риск [12–14]. По мнению А.В. Мантиковой, суицидальный риск обуславливается нарушением адекватной интерпретации событий, поступков и эмоций окружающих, недостаточно развитыми навыками стресс-реагирования, склонностью к импульсивным и необдуманным реакциям [11]. По современным данным самоубийство является второй ведущей причиной смерти среди молодежи в возрасте от 10 до 24 лет [15]. На долю хронических депрессий приходится 19% попыток самоубийства [16]. Таким образом, данные состояния требуют всестороннего тщательного изучения, а также особого внимания со стороны специалистов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

В целом распространенность депрессивных расстройств в подростковом возрасте достаточно велика, с кумулятивной вероятностью возникновения депрессии примерно с 5% в раннем подростковом возрасте до 20% к концу этого периода жизни [17, 18]. У 11% подростков от 13 до 18 лет отмечается затяжное течение депрессии, из которых у 3,3% заболевание протекает в достаточно тяжелой форме [3, 19], а у 3% диагностируют дистимию [20]. По данным отечественных авторов, частота длительных юношеских депрессий составляет приблизительно 20% [10].

Кроме того, исследователями подчеркивается, что хроническая депрессия является одним из наиболее распространенных расстройств, встречающихся в амбулаторных условиях [6, 21].

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ГИПОТЕЗЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЮНОШЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ

По сравнению с воздействием депрессии на психическое здоровье, механизмы возникновения хронической депрессии изучены недостаточно. К факторам риска относят начало заболевания в более молодом возрасте (до 21 года), наследственную предрасположенность, сопутствующие психопатоподобные и невротоподобные расстройства, расстройства личности, эмоциональное и физическое насилие в детстве, хронический социальный стресс, в частности депривацию [19, 22]. Тревожные расстройства и расстройства личности, часто сопровождающие хроническую депрессию, могут иметь как прогностическое, так и этиологическое значение, что так и не было определено однозначно [23, 24].

По данным ряда авторов, неглубокий уровень депрессивных расстройств ассоциирован с развитием хронической депрессии в отличие от более тяжелых аффективных расстройств, которые не были определены как фактор риска. Это может быть частично связано с тем, что большая часть исследований была сосредоточена на дистимии [1, 25]. Также, по данным исследователей, однополярная и биполярная депрессия не отличаются по частоте хронификации [26].

В настоящее время в классификациях заболеваний отсутствует рубрика, которая в полной мере могла бы соответствовать хроническим депрессиям юношеского возраста. В МКБ-9 (1977) относительно схожими критериями обладали следующие диагнозы: депрессивный невроз (300.4), расстройство личности аффективного типа (301.1), в частности гипотимная личность и продолжительная депрессивная реакция приспособления (309). Международная классификация болезней 10-го пересмотра (1993) выделяет дистимию (F34.1) и пролонгированную депрессивную реакцию (F43.21). Наиболее схожий по клинической картине диагноз — персистирующее депрессивное расстройство (300.4), представленное в американской классификации DSM-5, является консолидацией дистимического и тяжелого хронического депрессивного расстройства. Данные состояния определялись в предшествующей классификации (DSM-IV) как два самостоятельных диагноза (300.4 и 296), которые, однако, не доказали высокого уровня дифференцировки. Персистирующее депрессивное расстройство описывается как состояние, сохраняющееся в течение двух и более лет, с возможными фазами ремиссии, не превышающими по длительности двух месяцев [27, 28]. При этом выделяются подрубрики, включающие хроническую депрессию с легкой степенью тяжести (дистимия), состояния, соответствующие критериям эпизода большой депрессии, текущей непрерывно или с неполными ремиссиями между эпизодами, а также наложением депрессии на дистимическое расстройство (двойная депрессия). Представленная классификация отражает большую клиническую значимость длительности депрессии, в отличие от степени ее выраженности [29].

Различия между хронической и эпизодической депрессией подчеркивают важность длительности как релевантного диагностического фактора. Однако некоторые отечественные авторы считают неинформативным

различия между хронической и эпизодической депрессией подчеркивают важность длительности как релевантного диагностического фактора. Однако некоторые отечественные авторы считают неинформативным

тивным временной фактор как единственный критерий хронификации депрессии, которая имеет особые психопатологические характеристики [30].

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЮНОШЕСКИХ ДЕПРЕССИЯХ

Более ранние классификации в большинстве своем отражали не только их временные, но и специфические психопатологические признаки, определяя их как «необратимые депрессии» [31], «неизлечимые депрессии» [32], «характерологическая дисфория» [33], атипичные депрессии [34], «хронифицированные депрессии» [35]. Дистимия представлена такими терминами, как «депрессивная конституция» [36], «депрессивные психопатические личности» [37], «конституционально-депрессивные психопаты» [38], «невротическая депрессия» [39]. Однако ни одна из имеющихся классификаций не учитывала возрастной фактор, который оказывает существенное влияние на формирование и течение длительных депрессивных расстройств.

В DSM-5 к критериям персистирующей депрессии относятся нарушения сна и аппетита, утомляемость, снижение энергии и инициативы, трудности концентрации внимания, чувство безнадежности, сниженная самооценка на протяжении 2 лет и более. При этом уточняется вариативность сроков течения аффективного расстройства, где подчеркивается, что у детей и подростков заболевание диагностируется в случае проявления симптоматики более 1 года.

Отечественные авторы связывают проявление хронификации состояния с увеличением удельного веса таких расстройств, как апатия, ангедония, алекситимия, болезненное бесчувствие. Придается значение возможному постепенному усложнению структуры депрессии за счет присоединения невротоподобной, психопатоподобной, аттенуированной психотической симптоматики. Характерными считаются стереотипизация и постепенное оскудение собственно депрессивных расстройств [40]. В соответствии с бинарной (двухуровневой) типологической моделью депрессий выделяют позитивную и негативную аффективность. Преобладание в состоянии негативной аффективности считается одним из основных факторов хронификации депрессии [41].

Изучавшая длительные депрессивные состояния у взрослого контингента Т.И. Дикая [30] выделила два основных типа этих состояний — затяжные эндогенные депрессии и хронические эндогенные депрессии. Первый тип отличала малая атипия клинических проявлений и относительная гармоничность депрессивной триады, а хронические депрессии по отношению к классической циркулярной депрессии характеризовались выраженной атипией, сложностью структуры, дисгармоничностью сочетания депрессивной триады, высокой частотой встречаемости коморбидных рас-

стройств. При этом оба типа депрессий по длительности превышали 2 года и могли протекать десятилетиями. Однако данную типологию нельзя применить к пациентам юношеского возраста учитывая выраженную атипию проявления в целом всех аффективных расстройств и высокую встречаемость в структуре депрессии других психопатологических симптомов.

Большой вклад в изучение юношеских депрессий внесен сотрудниками Научного центра психического здоровья. В 1986 г. Т.В. Владимировой [42] были выделены 7 видов юношеских эндогенных депрессий (с картиной «юношеской астенической несостоятельности», «дисморфофобические», «метафизические», «гебонидные», «психастеноподобные», «деперсонализационные», «психогенные»), каждый из которых находит свое отражение в различных вариантах клинической картины хронических депрессий. Говорящие о хронификации состояния явлений психического отчуждения (алекситимия, апатия, ангедония) либо изначально определяют картину депрессии, либо заменяют собой явления позитивной аффективности по мере углубления состояния. Апатический компонент проявляется в виде снижения интересов, стимулов и мотивации, отсутствия стремления к какому-либо виду деятельности, падения психической и физической активности, безразличия [43]. По мнению некоторых авторов, значительную роль в развитии апатических расстройств играет ангедония, которая в той или иной мере является облигатным признаком хронической депрессии и проявляется в утрате чувства наслаждения, способности испытывать удовольствие, безрадостности [44, 45].

СОПУТСТВУЮЩИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ В СТРУКТУРЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ЮНОШЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

По мере течения заболевания аффективная структура депрессии постепенно усложняется за счет присоединения невротоподобной симптоматики в виде деперсонализационных, дереализационных и обсессивных расстройств [46]. Обладая высокой коморбидностью к депрессии, деперсонализационно-дереализационный синдром сам по себе характеризуется хроническим течением и в большинстве случаев ассоциирован с тревожными расстройствами [46, 47].

Подробное описание депрессий с преобладанием в структуре этого синдрома можно встретить в работе Н.А. Ильиной [48], где подчеркивается, что манифестация заболевания нередко приходится на юношеский возраст. Автором выделяются два типа депрессии с явлениями истерической деперсонализации и с явлениями дефектной деперсонализации. Оба типа депрессий имеют тенденцию к затяжному течению. Однако если в первом случае симптоматика характеризуется парциальностью, относительно неглубокой степенью выраженности феноменов отчуждения, то во втором

случае речь идет о тяжелой, тотальной патологии самосознания, где деперсонализационные расстройства приобретают персистирующий характер с последующим видоизменением и трансформацией в структуру дефекта. По данным Ю.Л. Нуллера [49], при аффективных психозах массивная деперсонализация приводит к затяжному течению депрессивных фаз и обуславливает их резистентность к антидепрессивной терапии. Многие авторы подчеркивают специфичность и высокую распространенность симптомов тревоги при хронических депрессиях [50]. Учитывая частоту их встречаемости при изучении дистимии, А.В. Niculescu III и Н.С. Akiskal [51] предложили разделить это заболевание на два различных эндофенотипа: тревожная и анергическая дистимия. Соответственно, в первом случае при определенных внешних раздражителях симптоматика в виде снижения самооценки, тревоги, неуверенности у таких пациентов усиливается. При втором же варианте реакция на стрессовое событие будет проявляться в виде снижения энергии, мотиваций, психомоторной инерции. В сочетании с длительной продолжительностью депрессивного заболевания данный подтип симптомов предполагает, что эти черты, возможно, эволюционировали как способ справиться со стрессовыми ситуациями [18].

Значимым и распространенным (30–40%) фактором утяжеления клинической картины хронических депрессий является обсессивно-компульсивная симптоматика, которая также связана с персистенцией и худшим исходом заболевания [52, 53].

Подробно изученная А.О. Румянцевым [54] аттенуированная психотическая симптоматика, представляющая неоднородные, нестойкие, кратковременные явления психотического уровня, в большинстве случаев регистрировалась при затяжных депрессивных состояниях с зачастую предшествующим до этого длительным инициальным этапом в виде аффективных нарушений.

Несмотря на взаимосвязь вышеописанных симптомов, отсутствует единая концепция, объединяющая и структурирующая все клинические проявления длительных депрессивных состояний в юношеском возрасте, учитывающая постепенное усложнение и динамику развития аффективной структуры.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ И НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ХРОНИЧЕСКИХ ЮНОШЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ

Учитывая значение этого периода жизни с точки зрения физического, социального, эмоционального, образовательного и профессионального развития, начавшиеся в подростковом возрасте расстройства настроения вызывают нарушения здоровых траекторий развития, тем самым приводя к стойким неблагоприятным последствиям в будущем, оказывая серьезное влияние на последующее поведение, эмоции и когнитивное развитие [55, 56].

Злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами, а также алекситимия и поведенческие нарушения, в частности избегающее поведение [3], утяжеляют как само течение депрессии, так и ее своевременную диагностику. Этому также способствует большая частота коморбидных психических расстройств, что часто встречается в развитии хронической депрессии и потенцируется особенностями юношеского онтогенеза [10, 57]. Так, по результатам исследований Carlos Blanco и Mayumi Okuda [58], пациенты с хронической депрессией по сравнению с общей популяцией имеют значительно больший риск возникновения почти всех расстройств оси I и оси II (согласно американской классификации диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-IV)). В большинстве случаев встречалось генерализованное тревожное расстройство. Приблизительно треть пациентов соответствовали критериям по крайней мере одного расстройства личности, наиболее частым из которых было избегающее расстройство личности [58].

Психопатологическая структура длительных депрессивных состояний в юношеском возрасте отличается рядом особенностей, что подчеркивается в исследованиях многих ученых [10, 42, 59]. Обращают на себя внимание вялый, монотонный характер течения болезни, отсутствие витальной окраски, преобладание подавленности и недовольства, стремление уйти от людей, тяга к одиночеству. Депрессия отличается «рационалистическим» оттенком с тенденцией к утрированному самоанализу без аффективной окраски переживаний [60].

Наиболее близкие по клинической картине к хроническим депрессиям, протекающим в этом возрастном периоде, являются депрессии с картиной «юношеской астенической несостоятельности» (ЮАН) [10]. Снижение энергии и продуктивности, ослабление инициативы, интересов и побуждений, стертость тимического компонента, а также сглаженность позитивных симптомов (обсессивных, сенесто-ипохондрических, дереализационных и деперсонализационных расстройств, сверхценных идей, а также идей отношения) являются общими при хронических депрессиях и депрессиях с ЮАН. При последних на первый план выступают когнитивные расстройства в виде трудностей осмысления, сосредоточения и концентрации внимания, и они являются ведущими, характеризующими картину депрессии симптомами.

Деперсонализационные и гебоидные депрессии, имеющие отчетливую тенденцию к хронификации, помимо своих основных ведущих симптомов характеризуются преобладанием в их структуре явлений моральной анестезии, апатии, ангедонии, алекситимии, болезненного бесчувствия и девитализацией аффекта [60, 61]. Депрессии с гиперэстетическими психопатологическими расстройствами (катестетический, голотимный, кататимный аффект), идеями малоценности, самоуничтожения, греховности, явлениями идеаторного и моторного торможения, патологическим циркадным ритмом являются патогномичными юношеским де-

прессиям с симптомокомплексом «метафизической интоксикации», а также дисморфофобическим, обсессивно-фобическим, сенесто-ипохондрическим и психастеноподобным депрессиям [42, 59, 62]. При этом в ходе развития болезни аффективные симптомы становились все более и более однообразными и постепенно принимали стереотипный характер [10, 40, 60].

Авторы подчеркивают протрагированный характер эндогенных депрессий. Совпадая со стадией формирования мировоззрения, они могли затрагивать весь юношеский возраст [10, 59]. По мере течения депрессия в дальнейшем принимала все более вялый и монотонный характер и зачастую развивалась в дебюте юношеских эндогенных заболеваний шизофренического спектра [60, 63]. Ее длительность значительно варьировалась в зависимости от заболевания, в рамках которого она протекала. При протрагированном атипичном пубертатном приступе длительность депрессии достигала от 3 до 10 лет, при вялотекущей шизофрении — не более 1 года. При пубертатной декомпенсации у психопатических личностей депрессия продолжалась не более 1,5 лет, у псевдопсихопатических личностей — от 7 месяцев до 3 лет. Депрессии при циклотимии длились не более 1 года, в то время как в дебюте юношеской приступообразной шизофрении — от 3 до 8 лет [42]. По данным автора, у 41,3% больных депрессия длительностью не менее 1 года развивалась в рамках вялотекущей шизофрении, у 23,8% в рамках затяжных атипичных пубертатных шизофренических приступов охватывала практически весь юношеский возраст, в 34,9% в структуре аффективного заболевания, где, как правило, не превышала года, а в 18,6% в рамках психопатии.

Задолго до манифестации эндогенно-процессуального процесса у большинства пациентов аффективная патология отличалась большим полиморфизмом клинической картины в отличие от депрессий нешизофренической природы. У таких больных отмечались фобии, сенесто-ипохондрические расстройства, неразвернутые панические атаки, психогенные реакции, аттенуированная психотическая симптоматика [54, 64]. По данным других авторов, на доманифестном этапе в рамках дефицитарной психопатии, так же как и при расстройстве личности (РЛ), аффективные расстройства приобретали дистимический характер с доминированием дисфорического аффекта по типу «unlust», либо с преобладанием безразличности, появлением когнитивных расстройств. В рамках дефицитарной психопатии также проявлялись эмоциональная нивелировка, ослабление мотивации, снижение интересов, замкнутость на фоне малой выраженности аффективных расстройств [65].

Современные авторы подчеркивают, что негативные расстройства развиваются уже на инициальных этапах юношеской шизофрении [63, 66]. В 2/3 случаев при обращении пациентов за психиатрической помощью на этом этапе шизофренического процесса диагностируется длительное депрессивное состояние [65].

В связи со схожестью симптоматики, определяющей хронификацию депрессии с негативными расстройствами при заболеваниях шизофренического спектра, вопрос о своевременной и верной дифференциальной диагностике является весьма сложным, требующим тщательного изучения и анализа клинической картины заболевания.

Завершая анализ литературных данных о хронических депрессиях юношеского возраста, следует подчеркнуть, что наличие противоречивых и неоднозначных представлений об этом расстройстве как в отечественной, так и в зарубежной литературе объясняется в первую очередь особенностями возрастного периода, высокой коморбидностью с другими психопатологическими состояниями, сложностью диагностики и дальнейшего прогнозирования заболевания. Отсутствие единой концепции обуславливает необходимость дальнейшего изучения психопатологической структуры, этиологии и патогенеза хронических юношеских эндогенных депрессий. Отдельного внимания заслуживают вопросы терапии, которые являются весьма актуальными, однако в силу резистентности хронических юношеских депрессий эта тема является отдельным предметом изучения.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Hölzel L, Härter M, Reese C, Kriston L. Risk factors for chronic depression — a systematic review. *Journal of affective disorders*. 2011;129(1–3):1–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.025>.
2. Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abdulkader RS, Abdulle AM, Abebo TA, Abera SF, Aboyans V. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017;390(10100):1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2).
3. Köhler S, Chrysanthou S, Guhn A, Sterzer P. Differences between chronic and nonchronic depression: Systematic review and implications for treatment. *Depression and anxiety*. 2019;36(1):18–30. <https://doi.org/10.1002/da.22835>.
4. Murphy JA, Byrne GJ. Prevalence and correlates of the proposed DSM–5 diagnosis of chronic depressive disorder. *Journal of affective disorders*. 2012;139(2):172–180. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.033>.
5. Kocsis JH, Gelenberg AJ, Rothbaum B, Klein DN, Trivedi MH, Manber R, Kellerf MB, Howland R, Thaseh ME. Chronic forms of major depression are still undertreated in the 21st century: systematic assessment of 801 patients presenting for treatment. *Journal of affective disorders*. 2008;110(1–2):55–61. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.002>.
6. Klein DN, Kotov R. Course of depression in a 10-year prospective study: Evidence for qualitatively

- distinct subgroups. *Journal of abnormal psychology*. 2016;125(3):337–348. DOI:10.1037 / abn0000147.
7. Jobst A, Brakemeier EL, Buchheim A, Caspar F, Cuijpers P, Ebmeier KP, Falkai P, van der Gaag RJ, Gaebel W, Herpertz S, Kurimay T. European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry*. 2016;33:18–36. <https://Doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.12.003>.
 8. Цуцльковская МЯ, Копейко ГИ, Олейчик ИВ, Владимирова ТВ. Роль психобиологических характеристик юношеского возраста в формировании клинической картины депрессий и особенностях терапии. *Психиатрия*. 2003;5(5):21–28. Tsutsul'kovskaya MYa, Kopeyko GI, Oleychik IV, Vladimirova TV, Rol' psikhobiologicheskikh kharakteristik yunosheskogo vozrasta v formirovaniy klinicheskoy kartiny depressiy i osobennostyakh terapii. *Psikhiatriya*. 2003;5(5):21–28. (In Russ.).
 9. Hung CI, Liu CY, Yang CH. Persistent depressive disorder has long-term negative impacts on depression, anxiety, and somatic symptoms at 10-year follow-up among patients with major depressive disorder. *Journal of affective disorders*. 2019;243:255–261. <https://Doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.068>.
 10. Олейчик ИВ. Юношеские эндогенные депрессии (современное состояние проблемы). *Психиатрия*. 2010;5(47):56–69. Oleychik IV. Adolescent endogenous depressions *Psychiatry* 2010;5(47):56–69. (In Russ.).
 11. Мантикова АВ. Формирование личности в старшем пубертатном возрасте. *Наука. Мысль: электронный периодический журнал*. 2016;9:38–42. Mantikova AV. Formirovaniye lichnosti v starshem pubertatnom vozraste. *Nauka. Mysl': elektronnyy periodicheskiy zhurnal*. 2016;9:38–42. (In Russ.).
 12. Бебуришвили АА, Зяблов ВА, Каледва ВГ. Клинические особенности аутоагрессивного поведения у больных юношеского возраста с континуальным течением эндогенных аффективных расстройств. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2018;2(18):82–86. Beburishvili AA, Zyablov VA, Kaleda VG. Klinicheskie osobennosti autoagressivnogo povedeniya u bol'nykh yunosheskogo vozrasta s kontinual'nyim techeniem endogennykh affektivnykh rasstroystv. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov*. 2018;2(18):82–86. (In Russ.).
 13. Dong M, Zeng LN, Lu L, Li XH, Ungvari GS, Ng CH, Chow IH, Zhang L, Zhou Y, Xiang YT. Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. *Psychological medicine*. 2019;49(10):1691–1704. DOI: 10.1017/S0033291718002301.
 14. Рахимкулова АС. Нейропсихологические особенности подросткового возраста, влияющие на склонность к рисковому и суицидальному поведению. *Суицидология*. 2017;8(1):52–61. Rakhimkulova AS. Neyropsikhologicheskie osobennosti podrostkovogo vozrasta, vliyayushchie na sklonnost' k riskovomu i suitsidal'nomu povedeniyu. *Suitsidologiya*. 2017;8(1):52–61. (In Russ.).
 15. Plemmons G. Depression and Suicide Screening. In *Adolescent Health Screening: an Update in the Age of Big Data*. Elsevier. 2019:135–149. <https://Doi.org/10.1016/B978-0-323-66130-0.00011-9>.
 16. Leuzinger-Bohleber M, Hautzinger M, Fiedler G, Keller W, Bahrke U, Kallenbach L, Kaufhold J, Ernst M, Negele A, Schoett M, Küchenhoff H, Günther F, Rüger B, Beutel M, Küchenhoff H. Outcome of psychoanalytic and cognitive-behavioural long-term therapy with chronically depressed patients: a controlled trial with preferential and randomized allocation. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2019;64(1):47–58. <https://Doi.org/10.1177/0706743718780340>.
 17. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *The Lancet*. 2012;379(9820):1056–1067. [https://Doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://Doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4).
 18. Melrose S. Persistent Depressive Disorder or Dysthymia: An Overview of Assessment and Treatment Approaches *Open Journal of Depression*. 2017;(6)1–13. <https://Doi:10.4236/ojd.2017.61001>.
 19. Meng X. What characteristics are associated with earlier onset of first depressive episodes: A 16-year follow-up of a national population-based cohort *Psychiatry research*. 2017;258:427–33. <https://Doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.075>.
 20. Мазаева НА, Кравченко НЕ. Нозоспецифические и половозрастные особенности депрессий у подростков. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. 2018;2:18–23. Mazaeva NA, Kravchenko NE. Nozospetsificheskie i polovozrastnye osobennosti depressiy u podrostkov. *Sovremennaya terapiya v psikhiatrii i nevrologii*. 2018;2:18–23 (In Russ.).
 21. Visentini C, Cassidy M, Bird VJ, Priebe S. Social networks of patients with chronic depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*. 2018;241:571–578. <https://Doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.022>.
 22. Seidl E, Padberg F, Bauriedl-Schmidt C, Albert A, Daltrozzo T, Hall J, Renneberg B, Seidl O, Jobst A. Response to ostracism in patients with chronic depression, episodic depression and borderline personality disorder a study using Cyberball. *Journal of Affective Disorders*. 2020;260:254–262. <https://Doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.021>.
 23. Negele A, Kaufhold J, Kallenbach L, Leuzinger-Bohleber M. Childhood trauma and its relation to chronic depression in adulthood. *Depression research and treatment*. 2015;650804–650804. <http://dx.Doi.org/10.1155/2015/650804>.
 24. Brakemeier EL, Dobias J, Hertel J, Bohus M, Limberg MF, Schramm E, Radtke M, Frank P, Padberg F, Sabass L, Jobst A. Childhood maltreatment in women with borderline personality disorder, chronic depres-

- sion, and episodic depression, and in healthy controls. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2018;87(1):49–51. <https://doi.org/10.1159/000484481>.
25. Ballenger J. Risk factors for chronic depression — A systematic review. *Year Book of Psychiatry & Applied Mental Health*. 2012;2012:277–278. <https://doi.org/10.1016/j.ypsy.2011.08.053>.
 26. Angst J, Gamma A, Rössler W, Ajdacic V, Klein DN. Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. *Journal of affective disorders*. 2009;115(1–2):112–121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.09.023>.
 27. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM–5®). *American Psychiatric Pub*; 2013.
 28. Visentini C, Cassidy M, Bird VJ, Priebe S. Social networks of patients with chronic depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*. 2018;241:571–578. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.022>.
 29. Kriston L, Von Wolff A, Westphal A, Hölzel LP, Härter M. Efficacy and acceptability of acute treatments for persistent depressive disorder: a network meta-analysis. *Depression and anxiety*. 2014;31(8):621–630. <https://doi.org/10.1002/da.22236>.
 30. Дикая ТИ. К проблеме затяжных и хронических эндогенных депрессий (клиника, динамика, терапия). *Эффективная фармакотерапия*. 2013;15:50–57.
 31. Dikaya TI. K probleme zatyazhnykh i khronicheskikh endogennykh depressiy (klinika, dinamika, terapiya). *Effektivnaya farmakoterapiya*. 2013;15:50–57. (In Russ.).
 32. Lehmann HE. Therapy-resistant depressions — a clinical classification. *Pharmacopsychiatry*. 1974;7(03):156–163. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1094425>.
 33. Achte K. Incurable depressions. *Pharmacopsychiatry* 1974;7(03):169–177. [doi:10.1055/s-0028-1094415](https://doi.org/10.1055/s-0028-1094415).
 34. Klein DF, Taylor EB, Harding K, Dickstein S. Double depression and episodic major depression: demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. *Am. J. Psychiatry*. 1988;145(10):1226–1231. [doi:10.1176/ajp.145.10.1226](https://doi.org/10.1176/ajp.145.10.1226).
 35. Łojko D, Rybakowski JK. Atypical depression: current perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2017;13:2447–2456. [doi:10.2147/NDT.S147317](https://doi.org/10.2147/NDT.S147317).
 36. Петрунько ОВ, Кисель СВ. Хронифицированная депрессия (клиника, факторы формирования). *Сибирский медицинский журнал*. 2012;7:66–69.
 37. Petrun'ko OV, Kisel' SV. Chronic depression (clinical manifestations, forming factors). *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal*. 2012;7:66–69. (In Russ.).
 38. Kretschmer E. Der sensitive Beziehungswann. Ein Beitrag zur Paranoiafrage und zur psychiatrischen Charakterlehre. Berlin: Verlag von Julius Springer; 1918.
 39. Schneider K. Die psychopathische Persoenlichkeiten. Zweite, wesentlich veraenderte Auflage. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1928.
 40. Ганнушкин ПБ. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. 1933.
 41. Gannushkin PB. Klinika psikhopatii, ikh statika, dinamika, sistematika. 1933. (In Russ.).
 42. Volkel H. Neurotische Depression. Sin Beitrag zur Psychopathologic und Klinik. 1959.
 43. Смугевич АБ. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2002;4:128–132.
 44. Smulevich AB. Lechenie rezistentnykh zatyazhnykh endogennykh depressiy. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2002;4:128–132. (In Russ.).
 45. Смугевич АБ. Психические расстройства в клинической практике. М. МЕД-пресс-информ. 2011;720.
 46. Smulevich AB. Psikhicheskie rasstroystva v klinicheskoy praktike. M.MED-pess-inform. 2011;720. (In Russ.).
 47. Владимирова ТВ, Олейчик ИВ. Место антидепрессантов нового поколения в терапии юношеских эндогенных депрессий. Аффективные и шизоаффективные психозы. Материалы научно-практической конференции с международным участием. 1998;340–346.
 48. Vladimirova TV, Oleychik IV. Mesto antidepressantov novogo pokoleniya v terapii yunosheskikh endogennykh depressiy. Affektivnye i shizoaffektivnye psikhozy. Materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. 1998;340–346. (In Russ.).
 49. Сорокин СА. Клинико-динамические особенности эндогенных аффективных заболеваний, протекающих с формированием апатических депрессий. *Психиатрия*. 2018;1(77):26–31. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-77-26-31>.
 50. Sorokin SA. Clinical and dynamic features of endogenous affective disorders occurring with apathetic depressions. *Psychiatry*. 2018;1(77):26–31. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-77-26-31>. (In Russ.).
 51. Кананович ПС. Ангедония в структуре расстройств аффективного и шизофренического спектра. *Психиатрия*. 2014;3:41.
 52. Kananovich PS. Anhedoniya v strukture rasstroystv affektivnogo i shizofrenicheskogo spektra. *Psychiatry* 2014;3:41. (In Russ.).
 53. Ritsner MS, Ratner Y, Mendyk N, Gooding DC. The characterization of social anhedonia and its correlates in schizophrenia and schizoaffective patients. *Psychiatry research*. 2018;270:922–928. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.003>.
 54. Paul ER, Farmer M, Kämpfe R, Cremers HR, Hamilton JP. Functional Connectivity Between Extrastriate Body Area and Default Mode Network Predicts Depersonalization Symptoms in Major Depression: Findings From an A Priori Specified

- Multinetwork Comparison. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging. Biological Psychiatry.* 2019;85(10):154. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2019.03.007>.
47. Dewe H, Watson DG, Kessler K, Braithwaite JJ. The depersonalized brain: New evidence supporting a distinction between depersonalization and derealization from discrete patterns of autonomic suppression observed in a non-clinical sample. *Consciousness and cognition.* 2018;63:29–46. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2018.06.008>.
 48. Ильина НА, Иконников ДВ. Клинические аспекты шизофренических реакций, протекающих по типу «реакции отказа». *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2002;4:80–82.
Il'ina NA, Ikonnikov DV. Klinicheskie aspekty shizofrenicheskikh reaktsiy, protekayushchikh po tipu «reaktsii otkaza». *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya.* 2002;4:80–82. (In Russ.).
 49. Нуллер ЮЛ, Михаленко ИН. Аффективные психозы. *Медицина. Ленингр. отд-ние;1988:124.*
Nuller YuL, Mihalenko IN. Affektivnye psihozy. *Medicina. Leningr. otd-nie;1988:124.* (In Russ.).
 50. Łojko D, Rybakowski JK. Atypical depression: current perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment.* 2017;13:2447. [Doi:10.2147/NDT.S147317](https://doi.org/10.2147/NDT.S147317).
 51. Niculescu III AB, Akiskal HS. Proposed endophenotypes of dysthymia: evolutionary, clinical and pharmacogenomic considerations. *Molecular Psychiatry.* 2001;6(4):363–366. DOI: 10.1038/sj.mp.4000906.
 52. Hofmeijer-Sevink MK, Batelaan NM, van Megen HJ, van den Hout MA, Penninx BW, van Balkom AJ, Cath DC. Presence and predictive value of obsessive-compulsive symptoms in anxiety and depressive disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 2018;63(2):85–93. <https://doi.org/10.1177/0706743717711170>.
 53. Jones PJ, Mair P, Riemann BC, Mugno BL, McNally RJ. A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders.* 2018;53:1–8. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.09.008>.
 54. Румянцев АО, Омельченко МА, Мелешко ТК, Каледа ВГ. Юношеские эндогенные депрессии с аттенуированной психотической симптоматикой (клинико-психологический анализ). *Психиатрия.* 2018;78:64–72.
Rumyantsev AO, Omel'chenko MA, Meleshko TK, Kalelda VG. Youth depression with attenuated psychotic symptoms (clinical and psychological analysis). *Psychiatry.* 2018;78:64–72. (In Russ.).
 55. Kelvin R. Depression in children and young people. *Paediatrics and Child Health.* 2016;26(12):540–547. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2016.08.008>.
 56. Rice F, Warne N. Pediatric Depression. In: *Neurobiology of Depression.* Academic Press. 2019:415–424. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813333-0.00036-6>.
 57. Asiri WA, Board A, Board S, Almaqbali M, Board O. Obsessive-Compulsive Disorder as a Part of Prodromal Schizophrenia. *Bahrain Medical Bulletin* 2018;40(1):55–56.
 58. Blanco C, Okuda M, Markowitz JC, Liu SM, Grant BF, Hasin DS. The epidemiology of chronic major depressive disorder and dysthymic disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry.* 2010;71(12):1645. [Doi:10.4088/JCP.09m05663gry](https://doi.org/10.4088/JCP.09m05663gry).
 59. Крылова ЕС. Депрессия при расстройстве личности в юношеском возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2018;118(8):4–10. [10.17116/jnevro20181180814](https://doi.org/10.17116/jnevro20181180814).
Krylova ES. Depression in patients with personality disorder in youth. *Zhurnal neurologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2018;118(8):4–10. [10.17116/jnevro20181180814](https://doi.org/10.17116/jnevro20181180814). (In Russ.).
 60. Пантелеева ГП. О затяжных гебоидных состояниях при шизофрении юношеского возраста. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 1971;71(1):125–132.
Panteleeva GP. O zatyazhnykh geboidnykh sostoyaniyakh pri shizofrenii yunosheskogo vozrasta. *Zhurnal nevropatologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova.* 1971;71(1):125–132. (In Russ.).
 61. Копейко ГИ, Олейчик ИВ. Вклад пубертатных психобиологических процессов в формирование и клинические проявления юношеских депрессий. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2007;107(3):4–17.
Kopeyko GI, Oleychik IV. Vklad pubertatnykh psikhobiologicheskikh protsessov v formirovanie i klinicheskie proyavleniya yunosheskikh depressiy. *Zhurnal neurologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2007;107(3):4–17. (In Russ.).
 62. Этингф АМ. Клиника-психопатологические особенности и типология юношеских дисморфофобических депрессий. *Психиатрия.* 2003;5(5):53–58.
Etingof AM. Klinika-psikhopatologicheskie osobennosti i tipologiya yunosheskikh dismorfofobicheskikh depressiy. *Psychiatry.* 2003;5(5):53–58. (In Russ.).
 63. Бархатова АН. Прогностическое значение психопатологической структуры ремиссии на начальном этапе шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2019;119(3):5–11. DOI: 10.17116/jnevro20191190315.
Barkhatova AN. Prognostic importance of the psychopathological remission structure at the initial stage of schizophrenia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2019;119(3):5–11. DOI: 10.17116/jnevro20191190315. (In Russ.).
 64. Мазаева НА, Кравченко НЕ. Нозоспецифические и половозрастные особенности депрессий у подростков. *Современная терапия в психиатрии и неврологии.* 2018;2:18–23.
Mazaeva NA, Kravchenko NE. The nosospecific and age-sex dependent peculiarities of adolescent

depressions. *Sovremennaya terapiya v psikiatrii i nevrologii*. 2018;2:18–23. (In Russ.).

65. Каледа ВГ, Мезенцева ОЕ, Крылова ЕС, Бархатова АН. Особенности доманифестного этапа эндогенного психоза с первым приступом в юношеском возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2012;112(5):22–28.

Kaleda VG, Mezentseva OE, Krylova ES, Barkhatova AN. Characteristics of the pre-manifest stage in young

patients with the first episode endogenous psychosis. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2012;112(5):22–28. (In Russ.).

66. Yung A, Nelson B, McGorry P, Wood S, Lin A. Persistent negative symptoms in individuals at Ultra High Risk for psychosis. *Schizophr. Res.* 2019;206:355–361. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.10.019>.

Информация об авторе

Мигалина Валентина Владимировна, младший научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. <https://orcid.org/0000-0003-4009-4323h>

E-mail: migalina-vv@mail.ru

Information about the author

Valentina V. Migalina, Junior Researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <https://orcid.org/0000-0003-4009-4323>

Email: migalina-vv@mail.ru

Для корреспонденции/Corresponding author

Мигалина Валентина Владимировна/Valentina V. Migalina

Email: migalina-vv@mail.ru

Дата поступления 06.11.2019
Received 06.11.2019

Дата рецензии 09.12.2019
Revised 09.12.2019

Дата принятия 22.01.2020
Accepted for publication 22.01.2020