

Катамнез первого депрессивного эпизода: частота и факторы, ассоциированные с развитием рекуррентного депрессивного и биполярного аффективного расстройств



Богатов Т.В., Тихонова Ю.Г., Ефремова М.Н., Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А.
 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)», Москва
 Россия, 119048, Москва, ул. Трубецкая, 8

Высокая распространенность и склонность к рецидивированию депрессивных расстройств обуславливают необходимость изучения отдаленных исходов первого депрессивного эпизода.

Цель исследования – определить частоту и выявить факторы, ассоциированные с развитием рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) и биполярного аффективного расстройства (БАР) после стационарного лечения первого депрессивного эпизода.

Материал и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование 237 пациентов, госпитализированных с первым депрессивным эпизодом в 2013–2017 гг. Катамнез составил до 12 лет.

Результаты. РДР развились у 20,3% пациентов, БАР – у 12,2%. Факторы, ассоциированные с развитием РДР, – старший возраст (медиана – 51 год; $p=0,034$), хроническая психотравма ($p=0,016$), длительность эпизода до госпитализации более 60 дней ($p<0,001$) и наследственная отягощенность ($p<0,001$). Факторы, ассоциированные с развитием БАР, – молодой возраст (медиана – 35 лет; $p=0,043$), мужской пол ($p<0,001$), дисгармоничный преморбид ($p<0,001$), колебания настроения в анамнезе ($p=0,002$), злоупотребление алкоголем ($p<0,001$) и наследственная отягощенность ($p<0,001$). Раннее (в течение 6 мес) обострение ассоциировалось с короткой первой госпитализацией (медиана – 15 дней; $p<0,001$) и нерегулярным приемом поддерживающей терапии ($p<0,001$).

Заключение. У трети пациентов после первого депрессивного эпизода формируется хроническая аффективная патология. Выявленные прогностические маркеры позволяют уже на этапе первой госпитализации выделить группы высокого риска РДР и БАР для персонализации терапевтических стратегий.

Ключевые слова: первый депрессивный эпизод; рекуррентное депрессивное расстройство; биполярное аффективное расстройство; факторы риска рецидива; катамнез; ретроспективное когортное исследование.

Контакты: Юлия Гулямовна Тихонова; tikhonova_yu_g@staff.sechenov.ru

Для цитирования: Богатов Т.В., Тихонова Ю.Г., Ефремова М.Н., Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А. Катамнез первого депрессивного эпизода: частота и факторы, ассоциированные с развитием рекуррентного депрессивного и биполярного аффективного расстройств. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2026;18(3):49–56. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2026-3-49-56>

Follow-up of the first depressive episode: prevalence and factors associated with the development of recurrent depressive disorder and bipolar affective disorder Bogatov T.V., Tikhonova Yu.G., Efremova M.N., Ivanets N.N., Kinkulkina M.A.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia (Sechenov University), Moscow
 8, Trubetskaya St., Moscow 119048, Russia

The high prevalence and tendency to relapse associated with depressive disorders highlight the need to investigate the long-term outcomes of a first depressive episode.

Objective: to determine the prevalence and identify the factors associated with the development of recurrent depressive disorder (RDD) and bipolar affective disorder (BAD) following inpatient treatment for a first depressive episode.

Material and methods. A retrospective cohort study was conducted involving 237 patients hospitalised with a first depressive episode between 2013 and 2017. The follow-up period was up to 12 years.

Results. RDD developed in 20.3% of patients, and BAD in 12.2%. Factors associated with the development of RDD included older age (median 51 years; $p=0.034$), chronic psychological trauma ($p=0.016$), episode duration of more than 60 days prior to hospitalisation ($p<0.001$) and a family history of mental illness ($p<0.001$). Factors associated with the development of BAD were younger age (median – 35 years; $p=0.043$), male gender ($p<0.001$), a disharmonic premorbid personality ($p<0.001$), a history of mood swings ($p=0.002$), alcohol abuse ($p<0.001$) and a family history of mental illness ($p<0.001$). An early (within 6 months) exacerbation was associated with a short first hospital stay (median – 15 days; $p<0.001$) and irregular adherence to maintenance therapy ($p<0.001$).

Conclusion. *One in three patients develops chronic affective disorder following their first depressive episode. The identified prognostic markers make it possible to identify high-risk groups for RDD and BAD as early as the first hospitalisation, thereby enabling the personalisation of treatment strategies.*

Keywords: *first depressive episode; recurrent depressive disorder; bipolar affective disorder; predictors; follow-up; retrospective cohort study.*

Contact: *Yulia Gulyamovna Tikhonova; tikhonova_yu_g@staff.sechenov.ru*

For citations: *Bogatov TV, Tikhonova YuG, Efremova MN, Ivanets NN, Kinkulkina MA. Follow-up of the first depressive episode: prevalence and factors associated with the development of recurrent depressive disorder and bipolar affective disorder. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics 2026;18(3):49–56. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2026-3-49-56>*

Депрессивные расстройства относятся к числу наиболее значимых медицинских проблем современности. Согласно исследованию глобального бремени болезней (Global Burden of Disease Study, 2023), депрессией во всем мире страдает около 322 млн человек [1]. В структуре глобального бремени болезней депрессия занимает лидирующие позиции, являясь одной из основных причин снижения качества жизни, социальной дезадаптации и инвалидизации трудоспособного населения [1, 2]. Существенный вклад в бремя заболевания вносит высокий риск рецидива депрессии. По результатам исследований, доля пациентов, у которых в течение жизни развивается повторный депрессивный эпизод, варьирует от 35 до 74% в зависимости от типа выборки и длительности каатмнеза [3].

Определение долгосрочного прогноза у пациентов с первым депрессивным эпизодом является важнейшей научной и клинической задачей. Развитие депрессии может свидетельствовать о манифестации хронического аффективного заболевания [3] или других психических расстройств – депрессивный синдром может быть продромальным этапом или структурным компонентом шизофрении [4], предшествовать формированию алкогольной зависимости [5], а также быть ранним проявлением нейродегенеративных заболеваний [6].

Несмотря на значительное число исследований, оценки частоты и предикторов рекуррентного течения остаются противоречивыми, что связано с различиями в дизайне, критериях ремиссии, длительности каатмнеза и недостаточным учетом условий реальной клинической практики. По данным крупных эпидемиологических исследований (NEMESIS, Lundby, Baltimore ECA), риск рецидива составляет 35–42% за 15–50 лет наблюдения [7–9]. В клинических выборках, которые формируются из пациентов, получающих специализированную психиатрическую помощь, этот показатель достигает 74% [10, 11].

Значимой проблемой на этапе первого депрессивного эпизода остается дифференциация монополярной депрессии от биполярного течения. Согласно результатам лонгитюдных исследований, в течение 10–17,5 года наблюдения у 8,4–12,2% пациентов, которым изначально был поставлен диагноз большого депрессивного расстройства, развивается биполярное расстройство [12]. Своевременной диагностике биполярного аффективного расстройства (БАР) может препятствовать значительный временной промежуток между первым депрессивным и первым (гипо)маниакальным эпизодом, который в среднем варьирует от 5,6 до 7,6 года, а также трудности диагностики гипоманиакальных и субклинических смешанных состояний [12]. Применение антидепрессантов в режиме монотерапии у данной категории па-

циентов может индуцировать инверсию аффекта, провоцировать возникновение смешанной симптоматики, утяжеление депрессивной фазы и нарастание суицидальной напряженности [13]. В связи с этим идентификация клинических предикторов БАР уже на этапе первого депрессивного эпизода приобретает критическую значимость для предупреждения неблагоприятных исходов, ассоциированных с ошибочной диагностикой.

Таким образом, учитывая высокую частоту развития рекуррентного и биполярного расстройств после первого депрессивного эпизода, актуально изучение факторов, ассоциированных с развитием хронических аффективных заболеваний. Отсутствуют работы, позволяющие на этапе первой госпитализации оценить индивидуальный риск как рецидивирования монополярной депрессии, так и развития БАР, что затрудняет выбор оптимальной тактики ведения пациента. Несмотря на наличие многочисленных исследований, посвященных отдельным факторам риска, актуально проведение комплексного анализа предикторов обоих исходов в единой выборке пациентов после стационарного лечения первого депрессивного эпизода.

Цель настоящего исследования – определить частоту и выявить факторы, ассоциированные с развитием рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) и БАР после стационарного лечения по поводу первого депрессивного эпизода.

Материал и методы. Настоящая работа представляет собой ретроспективное когортное исследование, выполненное на базе Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова Университетской клинической больницы №3 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). Формирование когорты проводилось на основе архивных данных пациентов, проходивших стационарное лечение в клинике в период 2013–2017 гг. Оценка отдаленных исходов заболевания осуществлялась ретроспективно путем анализа медицинской документации (журналы регистрации стационарных больных, истории болезни, амбулаторные карты), а также посредством структурированного интервью с применением стандартизированной анкеты при очном клиничко-психопатологическом обследовании или телефонном опросе пациентов, доступных на момент сбора данных (2025).

Исследование было проведено в соответствии с Хельсинкской декларацией, Руководствами по надлежащей практике фармаконадзора ИСН и ЕАЭС, действующим законодательством и нормативными требованиями Российской Федерации. Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (протокол № 22-25

от 30.10.2025). Все персональные данные пациентов были обезличены на этапе сбора и обработки.

Критериями включения являлись: впервые установленный диагноз депрессивного эпизода (F32 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра – МКБ-10) при первой госпитализации в клинику в период 2013–2017 гг.; возраст пациентов ≥18 лет при первой госпитализации; подписанное согласие пациента на использование персональных данных из истории болезни.

Критерии исключения: изменение клинического диагноза в период первого стационарного лечения.

На первом этапе методом сплошного скрининга проанализированы архивные данные из журналов регистрации стационарных больных Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова за 2013–2017 гг. (общий объем – 8143 записи). По результатам скрининга были выявлены 282 пациента, проходивших стационарное лечение в этот период с клиническим диагнозом «депрессивный эпизод, F32». На втором этапе проанализирован катамнез пациентов. Для минимизации информационной ошибки в соответствии с методическими рекомендациями STROBE для ретроспективных исследований из окончательного анализа исключались пациенты, по которым не удалось верифицировать данные катамнеза (невозможность установления контакта с пациентом, отсутствие сведений о повторных обращениях в медицинской документации – амбулаторных картах и журналах регистрации), – 45 пациентов. Таким образом, в окончательную аналитическую когорту были включены 237 пациентов, для которых удалось достоверно установить диагноз и характер течения заболевания на момент сбора данных (см. рисунок).

По итогам анализа катамнеза были сформированы две группы:

- группа повторных обращений (n=127) – пациенты, которые в течение катамнестического периода повторно обращались за психиатрической помощью с верифицированным диагнозом психического расстройства (стационарное или амбулаторное лечение);
- группа сравнения (n=110) – пациенты, которые после выписки по поводу первого депрессивного эпизода не обращались за психиатрической помощью в течение всего периода катамнеза.

Среди пациентов, получавших повторное лечение, была выделена подгруппа с аффективными исходами: РДР (F33; n=48), БАР (F31; n=29). Пациенты с неаффективными исходами (F2, F4, F10; n=50) составили отдельную подгруппу и в данный анализ не включены.

Для определения признаков, обладающих прогностической значимостью в отношении отдаленных исходов первого депрессивного эпизода, был проведен сравнительный анализ по следующим показателям:

- социодемографические – пол, возраст, семейный статус, наличие детей, трудовой статус, уровень образования;
- клиничко-анамнестические – наследственная отягощенность психическими заболеваниями; патология перинатального периода; невротические реакции в детском возрасте (страхи, логоневроз, нарушения сна, снохождение/сноговорение, энурез, поведенческие симптомы); особенности эморбидного склада личности (выделение гармоничного, дисгармоничного склада и психопатии в соответствии с классическими положениями отечественной психиатрической школы [14, 15], оценивающими степень выраженности личностных черт, их тотальность, стабильность и влияние на социальную адаптацию); колебания настроения в анамнезе, не достигающие уровня клинической значимости; черепно-мозговые травмы в анамнезе;

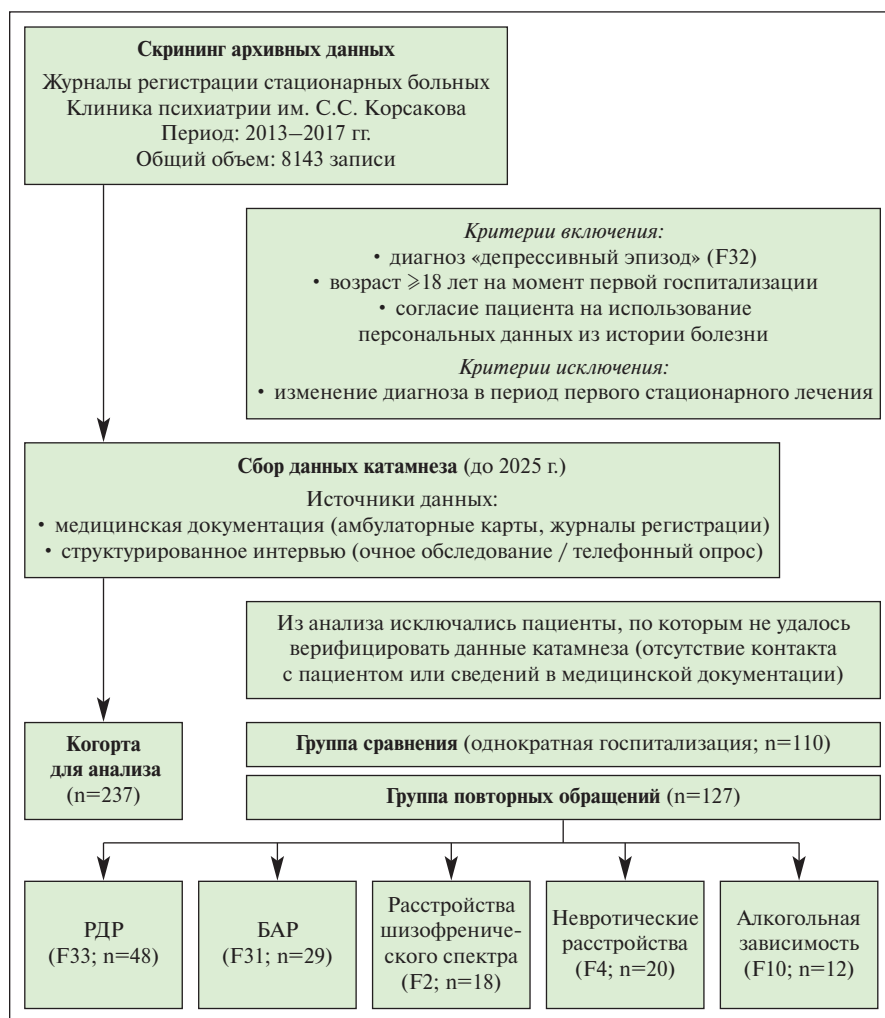


Схема формирования когорты и распределения пациентов по исходам катамнеза
Flowchart of cohort formation and distribution of patients according to follow-up outcomes

злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами; наличие хронических соматических заболеваний;

- характеристики депрессивного эпизода – связь начала депрессии с психотравмирующей ситуацией, органическим или соматическим заболеванием, продолжительность депрессивного эпизода до госпитализации (в днях), длительность госпитализации, тяжесть депрессивного эпизода (в соответствии с критериями МКБ-10), наличие соматических симптомов депрессии, тип ведущего депрессивного синдрома;
- приверженность поддерживающей фармакотерапии после выписки (регулярный/нерегулярный прием или самостоятельное прекращение).

Статистический анализ. Обработка данных выполнена в программном обеспечении StatTech v. 4.8.2 (ООО «Статтех», Россия). Категориальные переменные описаны абсолютными значениями (n) и процентными долями (%). Для сравнения долей в многопольных таблицах сопряженности применялся критерий χ^2 Пирсона, точный критерий Фишера – для групп менее 5 человек. Апостериорные парные сравнения проводились с использованием χ^2 -теста с коррекцией Холма для контроля уровня ошибки I рода при множественных сравнениях.

Распределение количественных показателей оценивалось на нормальность с помощью критерия Шапиро–Уилка (при $n < 50$) и Колмогорова–Смирнова (при $n \geq 50$). В случае отклонения от нормального распределения количественные данные описывались медианой (Me) и интерквартильным размахом [25-й; 75-й перцентили], а межгрупповые сравнения выполнялись с помощью непараметрического U-критерия Манна–Уитни. Статистически значимыми считались различия при двустороннем уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Из 237 пациентов, включенных в исследование, 127 (53,6%) обращались повторно за психиатрической помощью в течение катамнестического периода. Аффективные исходы составили 77 (32,5%) случаев: РДР – 48 (20,3%) пациентов, БАР – 29 (12,2%).

Для выявления признаков, ассоциированных с развитием РДР и БАР, был проведен сравнительный анализ социодемографических и клинико-anamнестических характеристик трех групп: группы сравнения (однократная госпитализация; $n=110$), РДР ($n=48$) и БАР ($n=29$; см. таблицу).

При анализе распределения первого депрессивного эпизода по уровням тяжести у большинства пациентов ($n=204$; 86,1%) была депрессия средней степени, у 31 (13,1%) – тяжелая депрессия, у 2 (0,8%) – легкая. Статистически значимых различий между группами по степени тяжести и типу ведущего депрессивного синдрома выявлено не было.

С психотравмирующей ситуацией связывали начало депрессии 71 пациент (64,5%) группы сравнения, 21 пациент (43,8%) с РДР и 14 (48,3%) пациентов с БАР. Статистически значимые различия были установлены между группой больных с однократным депрессивным эпизодом и группой больных с РДР ($p=0,015$), однако для пациентов с БАР различий не было ($p=0,167$). Острая психотравма была выявлена у 44 (40%) пациентов группы сравнения, у одного пациента (2,1%) с РДР ($p < 0,001$) и у 6 (20,7%) пациентов с БАР

($p=0,088$). Хроническая психотравма была определена у 27 (24,5%) пациентов с однократной госпитализацией, у 20 (41,7%) – с РДР ($p=0,016$) и у 8 (27,6%) – с БАР ($p=0,738$).

Нерегулярно принимали поддерживающую терапию после выписки 10 (9,1%) пациентов из группы однократной госпитализации, 4 (8,3%) – из группы РДР и 7 (24,1%) – из группы БАР. Были выявлены статистически значимые различия между группой с однократной госпитализацией и группой с БАР ($p=0,017$).

Отдельно были проанализированы 16 пациентов, повторно госпитализированных в течение 6 мес после выписки с обострением депрессивной симптоматики (согласно Клиническим рекомендациям Минздрава РФ¹, обострение депрессивного эпизода – это возобновление симптомов депрессии до уровня значительной степени выраженности в течение 6 мес ремиссии). В этой группе преобладали женщины – 93,8% vs 60,6% в группе без обострения ($p=0,007$). Продолжительность госпитализации в этой группе была значимо короче – медиана составила 15 [12; 29] дней vs 32 [21; 58] дней в группе без обострения ($p < 0,001$). Важным фактором оказалась низкая приверженность лечению – 62,5% пациентов с обострением vs 11,3% в группе без обострения ($p < 0,001$) принимали лекарства нерегулярно или самостоятельно отменяли прием поддерживающей терапии после выписки.

При обострении пациенты обращались за психиатрической помощью раньше: продолжительность возобновившейся депрессивной симптоматики была существенно меньше – 14 [14; 30] дней vs 75 [54,5; 181,25] дней при первом эпизоде ($p < 0,001$). Наблюдалась тенденция к увеличению продолжительности госпитализации при обострении – 26,5 [21,75; 34,25] дня vs 15 [12; 29] дней ($p=0,083$), при том что тяжесть депрессии при повторной госпитализации существенно не менялась ($p=0,576$). При повторной госпитализации пациентам чаще назначали трициклические антидепрессанты, такие как amitриптилин и кломипрамин (43,8% vs 6,3%; $p=0,015$); более часто добавляли к терапии нормотимик (31,3% vs 62,5%; $p=0,077$). Десяти пациентам увеличивали дозы антидепрессантов; наиболее выраженное увеличение средней суточной дозы (на уровне статистической тенденции) выявлено для пипофезина (82,5 мг vs 40 мг; $p=0,071$). Четыре пациента в течение катамнестического периода госпитализировались с повторными депрессивными эпизодами, развивавшимися в рамках РДР.

Обсуждение. Результаты настоящего исследования показывают, что более половины пациентов (53,6%), госпитализированных по поводу первого депрессивного эпизода, в течение последующих 10 лет нуждаются в повторной психиатрической помощи. Среди них преобладали пациенты с хронической аффективной патологией (32,5%), причем РДР диагностировалось почти в два раза чаще, чем БАР (20,3% vs 12,2%). Стоит отметить, что наше исследование проведено на когорте стационарных больных, в которой 99,2% больных имели умеренную или тяжелую форму депрессии. Данные литературы показывают, что исследования, проведенные на клинических выборках, имеют более высокую частоту рецидивирования. Например, в крупномасштабном исследовании STAR*D (Sequenced Treatment

¹Доступно по ссылке: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/301_3

Сравнительная характеристика социодемографических и клинико-anamnestических показателей, зарегистрированных при первой госпитализации с депрессивным эпизодом, у пациентов с различным катамнезом

A comparative analysis of socio-demographic and clinical-anamnesic characteristics recorded at the time of initial hospitalisation for a depressive episode in patients with varying follow-up outcomes

Показатель	Группа сравнения	РДР	БАР	P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₂₋₃
	(n=110)	(n=48)	(n=29)			
	1	2	3			
Возраст, годы, Ме [25-й; 75-й перцентили]	40 [28; 56]	51 [35,75; 59,5]	35 [26; 45]	0,034	0,043*	<0,001*
Пол, n (%):						
мужчины	33 (30)	12 (25)	21 (72,4)	0,522	<0,001*	<0,001*
женщины	77 (70)	36 (75)	8 (27,6)			
Состоит в браке, n (%)	53 (48,2)	32 (66,7)	9 (31)	0,033	0,099	0,003*
Наличие детей, n (%)	68 (61,8)	38 (79,2)	17 (58,6)	0,033	0,754	0,054
Трудовая занятость, n (%)	49 (44,5)	26 (54,2)	13 (44,8)	0,266	0,979	0,428
Трудовой статус, n (%):						
неработающие	30 (27,3)	15 (31,2)	12 (41,4)	0,381	0,060	0,023
работающие	40 (36,4)	14 (29,2)	12 (41,4)			
временно работающие	13 (11,8)	6 (12,5)	1 (3,4)			
пенсионеры	19 (17,3)	11 (22,9)	1 (3,4)			
учащиеся	8 (7,3)	2 (4,2)	3 (10,3)			
Уровень образования, n (%):						
среднее	33 (30)	21 (43,8)	11 (37,9)	0,094	0,415	0,616
высшее	77 (70)	27 (56,2)	18 (62,1)			
Наследственная отягощенность, n (%)	11 (10)	24 (50)	14 (48,3)	<0,001*	<0,001*	0,884
Хронические соматические заболевания, n (%)	17 (15,5)	14 (29,2)	3 (10,3)	0,046	0,486	0,054
Патология перинатального периода, n (%)	3 (2,7)	3 (6,2)	0	0,287	0,369	0,170
Невротический эпизод в детском возрасте, n (%)	2 (1,8)	2 (4,2)	1 (3,4)	0,388	0,592	0,875
Черепно-мозговые травмы, n (%)	6 (5,5)	1 (2,1)	4 (13,8)	0,344	0,123	0,044
Злоупотребление алкоголем в анамнезе, n (%)	10 (9)	3 (6,2)	11 (37,9)	0,551	<0,001*	<0,001*
Злоупотребление наркотиками в анамнезе, n (%)	3 (2,7)	2 (4,2)	5 (17,2)	0,658	0,003*	0,054
Колебания настроения в анамнезе, n (%)	74 (67,3)	38 (79,2)	28 (96,6)	0,131	0,002*	0,035
Преморбидная личность, n (%):						
гармоничная	73 (66,4)	26 (54,2)	6 (20,7)	0,145	<0,001*	0,004*
дисгармоничная	37 (33,6)	22 (45,8)	18 (62,1)			
психопатия	0	0	5 (17,2)			
Продолжительность депрессивного эпизода до госпитализации, дни, Ме [25-й; 75-й перцентили]	60 [30; 123,8]	180 [60; 365]	30 [21; 60]	<0,001*	0,322	<0,001*
Продолжительность госпитализации, дни, Ме [25-й; 75-й перцентили]	30,5 [18,5; 48,75]	37,5 [27,25; 67,25]	26 [17; 45]	0,036	0,828	0,072
Соматические симптомы, n (%)	48 (43,6)	23 (47,9)	7 (24,1)	0,619	0,057	0,039

Примечание. * – статистически значимые различия (критерий χ^2 Пирсона с поправкой Холма для категориальных переменных; U-критерий Манна–Уитни – для количественных).

Alternatives to Relieve Depression) [10] у 74% пациентов амбулаторных и стационарных учреждений развивался повторный эпизод, а у 18% развивалось ≥ 10 эпизодов в течение жизни. В исследовании CDS (Collaborative Depression Study) [11] 62% пациентов пережили по крайней мере два депрес-

сивных эпизода, а 25% – три и более. Эпидемиологические исследования показывают более низкий процент рецидивов. Так, F. Hardeveld и соавт. (The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study, NEMESIS) [7] на выборке из 687 человек с большим депрессивным расстройством в анамне-

зе выявили 35% рецидивов за 20 лет, причем почти половина выборки имела лишь один повторный эпизод. Исследование Epidemiologic Catchment Area Study [8] показало, что примерно 50% перенесших депрессивный эпизод не имели рецидивов при 23-летнем катанестическом прослеживании, а 50-летнее лонгитюдное исследование Lundby Study [9, 16] выявило, что 60% пациентов перенесли депрессивный эпизод только однократно. Особенно примечательны данные исследования Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study [17], в котором популяционную когорту проспективно наблюдали с детства, проводя многократные психиатрические обследования в разные временные точки. Оно показало, что в течение жизни депрессия развивается у 41,4% участников – это почти в 4 раза превышает средний показатель прижизненной распространенности (lifetime prevalence), полученный G.Y. Lim и соавт. [18] при метаанализе 13 работ. При этом 60% из тех, кто пережил депрессию, имели только один эпизод, зарегистрированный в одной из волн обследования. S.M. Mongro и K.L. Harkness [19] в своем критическом обзоре заключают, что данные популяционных исследований лучше отражают реальную распространенность рекуррентных форм, поскольку в клинических выборках преобладают более тяжелые, склонные к хронификации случаи; кроме того, при ретроспективном сборе данных наблюдается потеря случаев с благоприятным исходом. В этом контексте обращает на себя внимание тот факт, что полученная нами частота хронических аффективных заболеваний (32,5%) оказалась значительно ближе к данным популяционных исследований, нежели к показателям крупных клинических когорт, таких как STAR*D и CDS. Данное различие может объясняться несколькими факторами. Во-первых, мы относили в группу повторно обратившихся только те клинические наблюдения, в которых пациенту устанавливался диагноз хронического аффективного расстройства – РДР или БАР (другие расстройства настроения, F34, F38 и F39, также учитывались, но в нашем исследовании представлены не были). Во-вторых, наш катанестический период был ограничен 10 годами, в то время как CDS и NEMESIS располагали более длительными сроками наблюдения (до 20 лет и более), что закономерно увеличивает кумулятивную долю рецидивов. В-третьих, некоторая часть пациентов с повторными депрессивными эпизодами или, наоборот, с благоприятным исходом могла быть потеряна в связи с невозможностью установления контакта при ретроспективном сборе данных. Данное ограничение могло повлиять на итоговую частоту рекуррентных форм, и его необходимо учитывать при интерпретации результатов. Тем не менее полученные нами результаты согласуются с данными крупных эпидемиологических исследований, и это позволяет говорить о том, что частота развития хронических аффективных заболеваний (РДР и БАР) после первого депрессивного эпизода составляет около 33%. При этом особого внимания заслуживают те 46% пациентов, которые, единожды перенеся депрессивный эпизод, в дальнейшем не обращались за психиатрической помощью; эта группа прослеживается как в нашей работе, так и в популяционных исследованиях. Можно предположить, что в данной группе депрессия носила реактивный характер (подтверждением чему может служить значимо более высокая частота в этой группе связи начала депрессии с острой психотравмирующей ситуацией) и после разрешения пси-

хосоциального стрессора и проведения своевременного лечения потребность в повторной психиатрической помощи не возникала. Полученное в нашем исследовании распределение исходов после перенесенного депрессивного эпизода, как аффективных, так и неаффективных, по-видимому, отражает фундаментальную гетерогенность депрессии – одно и то же расстройство, манифестирующее сходной клинической картиной, у части пациентов остается единичным эпизодом, а у других приобретает рекуррентное или биполярное течение либо представляет собой дебют другого психического расстройства.

В нашей выборке факторами, ассоциированными с развитием РДР, выступили более старший возраст (медиана – 51 год), наличие хронической психотравмы, длительность эпизода до госпитализации свыше 60 дней и психопатологически отягощенная наследственность. Примечательно, что у большинства пациентов с РДР дебют депрессии не имел четкой связи с острым стрессорным событием, что может указывать на аутохтонный, эндогенный характер процесса. В то же время сочетание хронической психотравмирующей ситуации с последующим переходом депрессии в рекуррентную форму согласуется с концепцией эндореактивных дистимий (H. Weitbrecht), где затяжная психотравма способствует витализации симптоматики. При этом такой фактор риска, как наследственная отягощенность, формирует уязвимость как для эндогенного дебюта, так и для развития эндореактивных состояний. Наличие сопутствующей хронической соматической патологии в этой группе, вероятно, отражает ассоциированную с более старшим возрастом коморбидность, которая усугубляет течение депрессии и повышает риск развития повторных депрессивных эпизодов.

Пациенты, у которых первый депрессивный эпизод в последующем трансформировался в БАР, значимо отличались более молодым возрастом дебюта (медиана – 35 лет), преобладанием мужского пола (72,4%) и высокой частотой дисгармоничного преморбидного склада личности (79,3%). Кроме того, у них значимо чаще отмечались субклинические колебания настроения в анамнезе и злоупотребление психоактивными веществами. Эти находки полностью согласуются с данными литературы, указывающими на прогностическое значение раннего дебюта, личностной патологии и аддиктивного поведения в развитии биполярных форм [12, 20, 21]. Более высокая частота нерегулярного приема поддерживающей терапии в группе БАР может быть связана как со снижением критики при субманиакальных состояниях, так и с особенностями личности. Примечательно, что в нашей когорте мужской пол ассоциировался с БАР, что несколько расходится с классическими представлениями о преимущественно женской заболеваемости БАР, однако может объясняться особенностью выборки. Можно предположить, что первый депрессивный эпизод, приводящий к госпитализации у мужчин, уже сам по себе представляет собой более значимое событие, нежели у женщин. Если принять во внимание, что мужчины в силу ряда социокультурных и психологических факторов реже обращаются к психиатрам на ранних этапах аффективного неблагополучия [22], то стационарное лечение по поводу первого депрессивного эпизода у них с большей вероятностью отражает дебют хронического аффективного заболевания, в том числе биполярного спектра.

Отдельного внимания заслуживает группа пациентов с обострением депрессивной симптоматики в течение 6 мес после выписки ($n=16$). Основными факторами риска выступили короткая продолжительность первой госпитализации (медиана 15 дней vs 32 дней в группе без обострений) и нарушение режима поддерживающей терапии. При повторной госпитализации в этой группе наблюдалась отчетливая тенденция к расширению объема терапии — значимо чаще назначались трициклические антидепрессанты (с 6 до 31%) и нормотимики (на уровне статистической тенденции).

К ограничениям исследования относятся ретроспективный дизайн, наблюдение в одном медицинском учреждении, отбор пациентов с более тяжелым течением (только стационарные случаи) и отсутствие психометрической оценки состояния. К сильным сторонам работы можно отнести длительный катamnестический период (до 12 лет), детализированный клинико-анамнестический анализ, применение коррекции Холма для множественных сравнений,

что минимизирует риск ошибок первого рода, и использование стандартизированных диагностических критериев МКБ-10.

Заключение. Таким образом, в течение 10 лет после стационарного лечения первого депрессивного эпизода хроническое аффективное заболевание (РДР или БАР) развивается у трети пациентов (32,5%). Факторами, ассоциированными с развитием рекуррентной депрессии, выступают старший возраст, хроническая психотравма, затяжной характер эпизода и отягощенная наследственность. Для биполярного течения значимы более молодой возраст, мужской пол, отягощенная наследственность, дисгармоничный преморбид, субклинические колебания настроения в анамнезе и злоупотребление психоактивными веществами. Ключевым фактором риска раннего обострения является нерегулярный прием поддерживающей терапии. Полученные данные позволяют уже на этапе первого депрессивного эпизода выделить группы высокого риска и персонализировать стратегию ведения пациента.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Global Burden of Disease (GBD) [online database]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2024. Available at: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (accessed 25.05.2026).
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137–50. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00395-3
- Hardeveld F, Spijker J, De Graaf R, et al. Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatr Scand*. 2010 Sep;122(3):184–91. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01519.x
- Upthegrove R. Depression in schizophrenia and early psychosis: implications for assessment and treatment. *Adv Psychiatr Treat*. 2009;15(5):372–9. doi: 10.1192/apt.bp.108.005629
- Pacek LR, Martins SS, Crum RM. The bidirectional relationships between alcohol, cannabis, co-occurring alcohol and cannabis use disorders with major depressive disorder: results from a national sample. *J Affect Disord*. 2013;148(2-3):188–95. doi: 10.1016/j.jad.2012.11.059
- Kuo CY, Stachiv I, Nikolai T. Association of late life depression, (non-) modifiable risk and protective factors with dementia and Alzheimer's disease: literature review on current evidences, preventive interventions and possible future trends in prevention and treatment of dementia. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Oct 14;17(20):7475. doi: 10.3390/ijerph17207475
- Hardeveld F, Spijker J, De Graaf R, et al. Recurrence of major depressive disorder and its predictors in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med*. 2013;43:39–48. doi: 10.1017/S0033291712002395
- Eaton WW, Shao H, Nestadt G, et al. Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(5):513–20. doi: 10.1001/archpsyc.65.5.513
- Mattisson C, Bogren M, Horstmann V, et al. The long-term course of depressive disorders in the Lundby Study. *Psychol Med*. 2007;37:883–91. doi: 10.1017/S0033291707000074
- Hollon SD, Shelton RC, Wisniewski S, et al. Presenting characteristics of depressed outpatients as a function of recurrence: preliminary findings from the STAR*D clinical trial. *J Psychiatr Res*. 2006;40(1):59–69. doi: 10.1016/j.jpsychres.2005.07.008
- Solomon DA, Keller MB, Leon AC, et al. Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 2000;157:229–33.
- O'Donovan C, Alda M. Depression preceding diagnosis of bipolar disorder. *Front Psychiatry*. 2020 Apr 24;11:500. doi: 10.3389/fpsy.2020.00500
- Perugi G, Pacchiarotti I, Mainardi C, et al. Patterns of response to antidepressants in major depressive disorder: drug resistance or worsening of depression are associated with a bipolar diathesis. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2019 Jul;29(7):825–34. doi: 10.1016/j.euroneuro.2019.06.001
- Ганнушкин ПБ. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. Москва: Север; 1933. 143 с. Gannushkin PB. Clinic of Psychopathies, Their Statics, Dynamics, Systematics. Moscow: Sever; 1933. 143 p. (In Russ.).
- Личко АЕ. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Ленинград: Медицина; 1983. 256 с. Lichko AE. Psychopathies and Character Accentuations in Adolescents. Leningrad: Meditsina; 1983. 256 p. (In Russ.).
- Nöbbelein L, Bogren M, Mattisson C, Bradvik L. Risk factors for recurrence in depression in the Lundby population, 1947–1997. *J Affect Disord*. 2018;228:125–31.
- Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med*. 2010;40:899–909. doi: 10.1017/S0033291709991036
- Lim GY, Tam WW, Lu Y, et al. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Sci Rep*. 2018 Feb 12;8(1):2861. doi: 10.1038/s41598-018-21243-x
- Monroe SM, Harkness KL. Major depression and its recurrences: life course matters. *Annu Rev Clin Psychol*. 2022 May 9;18:329–57. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-072220-021440
- Baryshnikov I, Sund R, Marttunen M, et al. Diagnostic conversion from unipolar depression to bipolar disorder, schizophrenia, or schizoaffective disorder: a nationwide prospective 15-year register study on 43 495 inpatients. *Bipolar Disord*. 2020 Sep;22(6):582–92. doi: 10.1111/bdi.12929
- Nestsiarovich A, Repp JM, Matheny ME, et al. Predictors of diagnostic transition from major depressive disorder to bipolar disorder: a retrospective observational network study. *Transl Psychiatry*. 2021 Dec 20;11(1):642. doi: 10.1038/s41398-021-01760-6
- Donner NC, Lowry CA. Sex differences in anxiety and emotional behavior. *Pflügers Arch*. 2013;465:601–26. doi: 10.1007/s00424-013-1271-7

Поступила / отрецензирована / принята к печати
Received / Reviewed / Accepted
02.03.2026 / 27.05.2026 / 28.05.2026

Заявление о конфликте интересов / Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Богатов Т.В. <http://orcid.org/0009-0000-1148-2787>
Тихонова Ю.Г. <http://orcid.org/0000-0001-6071-2796>
Ефремова М.Н. <http://orcid.org/0009-0000-1139-6459>
Иванец Н.Н. <http://orcid.org/0000-0002-0013-5031>
Кинкулькина М.А. <http://orcid.org/0000-0001-8386-758X>