

Петрунько О. В., Михалевич И. М.

Социально-трудовое функционирование пациентов с депрессивным расстройством

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования - филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 664049 Иркутск, Российская Федерация

Petrunko O. V., Mikhalevich I. M.

Social and labor functioning of patients with depressive disorder

Резюме

Анализ факторов благоприятного и неблагоприятного социально-трудового функционирования (СТФ) у пациентов с депрессивным расстройством проведен методом кластерного анализа (группировка) по 251 признаку у 355 пациентов с депрессивным эпизодом (F32) либо рекуррентным депрессивным расстройством (F33) в соответствии с МКБ-10. В зависимости от варианта социально-трудового функционирования пациенты с депрессивным расстройством разделены (с достоверностью 94,3 %) на 3 группы: 1 группа (92 пациента) - дезадаптивный вариант (ДСТФ), 2 группа (180 пациентов) - неблагоприятный вариант (НСТФ), 3 группа (63 пациента) – благоприятный вариант (БСТФ). В признаковом пространстве наиболее удаленными (с расстоянием - 39,6) были 2 группа (НСТФ) и 3 группа (БСТФ) пациентов, наиболее близкими (с расстоянием - 18,9) 1 группа (ДСТФ) и 2 группа (НСТФ). Наиболее однородной в признаковой пространстве оказалась 2 группа пациентов с неблагоприятным СТФ, наиболее неоднородной - 3 группа с благоприятным вариантом СТФ. На социально-трудовое функционирование пациентов с депрессивным расстройством оказывают влияние разнообразные факторы: социально-демографические (возраст, образовательный уровень, семейное положение, место проживания), преморбидные особенности личности, неблагоприятный детский опыт, резидуально-органическое поражение и сопутствующая сосудистая патология головного мозга, клинические особенности текущего депрессивного эпизода (тяжесть и тип депрессии, коморбидная симптоматика) и течение заболевания, длительность додиагностического периода с момента появления инициальных проявлений, ответ на проводимую психофармакотерапию.

Ключевые слова: депрессивное расстройство, функционирование, социально-трудовое функционирование, инвалидность, течение, прогноз

Summary

Analysis of the factors of favorable and unfavorable social and labor functioning (SLF) of patients with depressive disorder by the method of cluster analysis (grouping) of 251 criteria was carried out in 355 patients with a depressive episode (DE, F32) or recurrent depressive disorder (RDD, F33) according to ICD-10. Depending on the variant of social and labor functioning three groups of patients were identified (with the reliability of the division into groups 94,3 %): group 1 (92 patients) - disadaptive variant (DSLFF); group 2 (180 patients) - unfavorable variant (USLF), group 3 (63 patients) - favorable variant (FSLF). In the feature space group 2 (USLF) and 3 group (FSLF) were the most distant (with distance - 39,6), group 1 (DSLFF) and 2 group (USLF) were the nearest (with distance - 18,9). Group 2 with an unfavorable variant of SLF was the most homogeneous in the feature space, group 3 with a favorable variant of SLF was the most inhomogeneous group. The socio-labor functioning of patients with depressive disorder is influenced by various factors: socio-demographic (age, educational level, marital status, place of residence), premorbid personality characteristics, adverse child experience, residual organic lesion and comorbid vascular pathology of the brain, clinical features of the current depressive episode (severity and type of depression, comorbid symptomatology) and course of the disease, duration of pre-diagnostic period since manifestations, response to the psychopharmacotherapy.

Key words: depressive disorder, functioning, social and labor functioning, disability, course, prognosis

Введение

Депрессивные расстройства являются актуальной

проблемой современной психиатрии [1-11]. Депрессия - одно из наиболее распространенных психических рас-

стройств. В последние десятилетия отмечается неуклонный рост депрессивных расстройств во всех возрастных группах [12-13]. От депрессии страдает более 350 млн. человек в мире, причем большинство из них - лица молодого трудоспособного возраста [13].

Депрессивные расстройства оказывают существенное негативное влияние на социальное функционирование и качество жизни пациентов [14-17]. Пациенты с депрессивным расстройством представляют собой популяцию со значительной потерей трудоспособности и инвалидностью [18]. В 2010 г. большое депрессивное расстройство согласно данным глобального бремени болезней занимало 2-е место среди причин стойкой утраты трудоспособности в мире [13]. Среди взрослого населения трудоспособного возраста определены наиболее высокие показатели лет, прожитых с инвалидностью и ассоциированных с депрессивными расстройствами. За период 1990-2010 гг. по причине увеличения численности населения и его старения показатель глобального бремени депрессивных расстройств увеличился на 37,5 % [9]. Большое депрессивное расстройство (БДР) занимает 11 место по величине бремени болезней (количество лет жизни с инвалидностью) во всем мире, каждый год по этой причине теряется свыше 60 миллионов лет здоровой жизни [15]. Среди работающих лиц число потерянных трудовых дней на одного работника в год по причине БДР достигало 27,2 дня [19].

Только единичные работы посвящены проблеме инвалидности вследствие психических заболеваний в России [20-24]. Актуальным является исследование социально-трудового функционирования у пациентов с депрессивным расстройством в нашей стране.

Цель исследования: выделение факторов, оказывающих благоприятное и неблагоприятное влияние на социально-трудовое функционирование при депрессивном расстройстве.

Материалы и методы

Проведено комплексное исследование 335 пациентов с верифицированным диагнозом депрессивного эпизода (ДЭ) (F32) либо рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) (F33), возрастом манифеста заболевания в интервале 35-55 лет. Диагностика депрессивного расстройства осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10.

Не включались в исследование больные с присутствием в анамнезе гипоманиакальных и маниакальных со-

стояний, биполярным течением аффективного расстройства (F30, F31 по МКБ-10). Критерием исключения также было наличие в анамнезе или в текущем психическом статусе критериев МКБ-10 для диагностики органических психических расстройств (F00-F09), психических и поведенческих нарушений вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19), шизофрении и расстройств шизофренического спектра (F20-F29), умственной отсталости (F70-F79), тяжелых соматических заболеваний.

Тематическая карта, разработанная в соответствии с целями исследования, включала 251 признак, сгруппированные в 7 разделов: социально-демографическая характеристика, наследственная отягощенность, преморбидные особенности личности, факторы резидуально-органического поражения головного мозга, коморбидная соматическая патология, клинические особенности текущего депрессивного эпизода и течение заболевания. Создана база данных для статистической обработки на основе содержания тематической карты.

Статистический анализ осуществлялся с применением программы StatSoft Statistica 6. Статистическую значимость различий между группами определяли в зависимости от исходных данных: качественные признаки - по критерию Манна-Уитни, количественные - с предварительной проверкой на нормальное распределение по t-критерию Стьюдента. Проводился кластерный анализ (группировка) методом к-средних. Статистическая значимость различий оценивалась при $p < 0,05$. При использовании средних величин указывалось среднее и стандартное отклонение ($M \pm \sigma$).

Результаты и обсуждение

Проведен кластерный анализ (группировка) методом к-средних 355 пациентов с депрессивным эпизодом (F32) либо рекуррентным депрессивным расстройством (F33) в соответствии с МКБ-10 по 251 признаку. Выделены 3 группы пациентов в зависимости от варианта социально-трудового функционирования (СТФ): 1 группа (92 пациента; единичный ДЭ - 8,7 %, РДР - 91,3 %) - дезадаптивный вариант (ДСТФ), 2 группа (180 пациентов; единичный ДЭ - 10,6 %, РДР - 89,4 %) - неблагоприятный вариант (НСТФ), 3 группа (63 пациента; единичный ДЭ - 92,1 %, РДР - 7,9 %) - благоприятный вариант (БСТФ). Статистическая значимость разделения на группы составила 94,3 % (табл. 1).

Самой многочисленной оказалась 2 группа пациентов с неблагоприятным вариантом социально-трудового функционирования (НСТФ). Пациенты данной группы в

Таблица 1. Матрица классификации распределения на три группы пациентов по результатам кластерного анализа *

	Процент	1 группа ДСТФ	2 группа НСТФ	3 группа БСТФ
1 группа ДСТФ	93,5	86	3	3
2 группа НСТФ	96,1	4	173	3
3 группа БСТФ	90,5	3	3	57
Всего	94,3	93	179	63

* Строки - наблюдаемые группы, столбцы - предсказанные группы

Таблица 2 Социально-трудовое функционирование пациентов с депрессивным расстройством

Признаки	Клинические группы						Статистические различия		
	1 группа ДСТФ (n=92)		2 группа НСТФ (n=180)		3 группа БСТФ (n=63)		1-2	1-3	2-3
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%			
Работают	38	41,3	36	20,0	52	82,5	0,01	0,01	0,01
Инвалид 3 группы	10	10,9	6	3,3	0	0	0,01	-	-
Инвалид 2 группы	20	21,7	74	41,1	0	0	0,01	-	-
Инвалидности нет	62	67,4	100	55,6	63	100	0,06	0,01	0,01

44,4 % случаев имели инвалидность по психическому заболеванию, причем преимущественно 2 группу инвалидности (41,1 %), полностью прекратили трудовую деятельность 80,0 % пациентов (табл. 2). У пациентов данной группы на момент обследования был значимо более старшим возраст $50,3 \pm 9,1$ лет по сравнению с пациентами 1 группы (ДСТФ) ($47,2 \pm 9,4$, $p < 0,01$) и 3 группы ($36,7 \pm 9,3$, $p < 0,01$) (табл. 3). Статистически значимо чаще (от $p < 0,05$ до $p < 0,01$) в данной группе по сравнению с пациентами других групп отмечено наличие неблагоприятного детского опыта (смерть родителя, воспитание в неблагополучной семье, физическое и сексуальное насилие) в 30,6 %; вдовство (16,7 %); наличие факторов резидуально-органического поражения головного мозга (49,4 %): перинатальной патологии (17,8 %), инфекций детского возраста (16,1 %), черепно-мозговых травм (34,4 %); сопутствующей сосудистой патологии головного мозга (начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга, дисциркуляторная энцефалопатия 1 и 2 стадии) (59,4 %) (табл. 4). Статистически значимо реже ($p < 0,01$) у пациентов с неблагоприятным социально-трудовым функционированием по сравнению с 3 группой (БСТФ) регистрировалось проживание в городе, а не в сельской местности (82,8 %), наличие высшего образования (26,7 %), гармоничные преморбидные особенности личности (21,7 % случаев).

Пациенты 2 группы (НСТФ) в отличие от пациентов 2 группы с благоприятным СТФ характеризовались значимо большей ($p < 0,01$) средней длительностью додиагностического периода от момента появления инициальных проявлений ($27,4 \pm 39,4$ месяцев), средней длительностью заболевания от манифеста ($8,9 \pm 6,3$ лет), средней длительностью текущего ДЭ ($17,7 \pm 18,0$ месяцев), средним количеством перенесенных ДЭ ($3,4 \pm 1,8$).

Пациентов с неблагоприятным социально-трудовым функционированием статистически значимо отличало от пациентов других групп ($p < 0,01$) наличие тяжелой степени тяжести депрессии (66,1 %), преимущественно то-

скиво-тревожный тип депрессии (76,7 %), хроническое течение депрессивного расстройства (37,2 %), резистентность к ранее проводимой адекватной психофармакотерапии (25,6 %).

Пациенты 3 группы имели благоприятное социально-трудовое функционирование (БСТФ), среди них не было инвалидов, продолжали трудовую деятельность 82,5 % пациентов. Эти пациенты имели высокий образовательный уровень – значимо большая частота ($p < 0,01$) высшего образования (65,1 %) по сравнению с пациентами 1 группы (ДСТФ) в 26,1 % и 2 группы (НСТФ) в 26,7 % случаев; статистически значимо чаще проживали в городе (96,8 %) по сравнению с 1 группой (83,7 %) и 2 группой (82,8 %); характеризовались более молодым возрастом на момент обследования ($36,7 \pm 9,3$ лет) по сравнению с 1 группой ($47,2 \pm 9,4$ лет) и 2 группой ($50,3 \pm 9,1$ лет).

Статистически значимо реже (от $p < 0,03$ до $p < 0,01$) в группе пациентов с благоприятным социально-трудовым функционированием по сравнению с пациентами 2 группы (НСТФ) отмечено наличие неблагоприятного детского опыта (смерть родителя, воспитание в неблагополучной семье, физическое и сексуальное насилие) в 7,9 %; вдовство (6,3 %); наличие проявлений резидуально-органического поражения головного мозга (17,5 %); перинатальной патологии (6,4 %), инфекций детского возраста (6,4 %), черепно-мозговых травм (11,1 %); сопутствующей сосудистой патологии головного мозга (начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга, дисциркуляторная энцефалопатия 1 и 2 стадии) (6,4 %). У пациентов данной группы значимо чаще регистрировались гармоничные преморбидные особенности личности (71,4 % случаев).

Группа пациентов с благоприятным социально-трудовым функционированием по сравнению с пациентами других групп характеризовалась статистически значимо меньшей ($p < 0,01$) средней длительностью додиагностического периода от момента появления инициальных проявлений ($6,0 \pm 7,2$ месяцев), средней длительностью заболевания от манифеста ($1,2 \pm 1,4$ лет), средней длитель-

Таблица 3. Факторы, влияющие на социально-трудовое функционирование пациентов с депрессивным расстройством

Признаки	Клинические группы			Статистические различия		
	1 группа ДСТФ (n=92)	2 группа НСТФ (n=180)	3 группа БСТФ (n=63)	1-2	1-3	2-3
Возраст на момент обследования в годах	47,2±9,4	50,3±9,1	36,7±9,3	0,01	0,01	0,01
Средняя длительность додиагностического периода от момента появления инициальных проявлений в месяцах	23,7±35,4	27,4±39,4	6,0±7,2	0,45	0,01	0,01
Длительность заболевания от манифеста в годах	7,9±8,2	8,9±6,3	1,2±1,4	0,24	0,01	0,01
Среднее количество перенесенных ДЭ	3,0±1,7	3,4±1,8	1,1±0,2	0,07	0,01	0,01
Средний возраст манифеста заболевания в годах	39,7±8,8	41,5±8,7	35,8±9,1	0,13	0,01	0,01
Средняя длительность текущего ДЭ в месяцах	11,9±14,3	17,7±18,0	8,3±5,6	0,01	0,06	0,01

ностью текущего ДЭ (8,3±5,6 месяцев), средним количеством перенесенных ДЭ (1,1±0,2). Значимым отличием ($p<0,01$) пациентов 3 группы (БСТФ) от пациентов 2 групп (НСТФ) являлось наличие умеренной степени тяжести депрессии (73,0 %), преимущественно тревожный тип депрессии (65,1%).

Пациенты 1 группы с дезадаптивным социально-трудовым функционированием (ДСТФ) в 41,3 % наблюдений продолжали свою трудовую деятельность, в 32,6 % были признаны инвалидами, в 21,7 % случаев - второй группы инвалидности. Пациенты данной группы занимали промежуточное место между пациентами 2 группы (НСТФ) и 3 группы (БСТФ) по показателям средней длительностью додиагностического периода от момента появления инициальных проявлений

(23,7±35,4 месяцев), средней длительностью заболевания от манифеста (7,9±8,2 лет), средней длительностью текущего ДЭ (11,9±14,3 месяцев), средним количеством перенесенных ДЭ (3,0±1,7). Статистически значимым отличием пациентов 1 группы (ДСТФ) от пациентов других групп (от $p<0,02$ до $p<0,01$) являлись преимущественно тревожный тип депрессии (92,4 %), наличие коморбидных тревожно-фобических расстройств (51,1 %), гомонимных ПТС (25,0 %); от пациентов 2 группы (НСТФ) - наличие умеренной степени тяжести депрессии (67,4 %) при $p<0,01$.

Графическое представление результатов кластерного анализа представлено на рис. 1. Наиболее удаленными в признаковом пространстве оказались

Таблица 4. Факторы, влияющие на социально-трудовое функционирование пациентов с депрессивным расстройством (продолжение)

Признаки	Клинические группы						Статистические различия		
	1 группа ДСТФ (n=92)		2 группа НСТФ (n=180)		3 группа БСТФ (n=63)		1-2	1-3	2-3
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%			
Неблагоприятный детский опыт	16	17,4	55	30,6	5	7,9	0,02	0,09	0,01
Проживание в городе	77	83,7	149	82,8	61	96,8	0,85	0,01	0,01
Высшее образование	24	26,1	48	26,7	41	65,1	0,92	0,01	0,01
Вдовство	7	7,6	30	16,7	4	6,3	0,04	0,77	0,04
Наличие резидуально-органического поражения головного мозга	19	20,7	89	49,4	11	17,5	0,01	0,62	0,01
Перинатальная патология в анамнезе	8	8,7	32	17,8	4	6,4	0,05	0,59	0,03
Инфекции детского возраста в анамнезе	1	1,1	29	16,1	4	6,4	0,01	0,07	0,01
Черепно-мозговые травмы в анамнезе	10	10,9	62	34,4	7	11,1	0,01	0,96	0,01
Сопутствующая сосудистая патология головного мозга	34	37,0	107	59,4	4	6,4	0,01	0,01	0,01
Гармоничные преморбидные особенности личности	27	29,4	39	21,7	45	71,4	0,16	0,01	0,01
Единичный ДЭ	8	8,7	19	10,6	58	92,1	0,63	0,01	0,01
Рекуррентное депрессивное расстройство	84	91,3	161	89,4	5	7,9	0,63	0,01	0,01
Хроническое течение ДЭ	20	21,7	67	37,2	5	7,9	0,01	0,02	0,01
Умеренный ДЭ	62	67,4	61	33,9	46	73,0	0,01	0,46	0,01
Тяжелый ДЭ	30	32,6	119	66,1	17	27,0	0,01	0,46	0,01
Тоскливый тип депрессии	3	3,3	35	19,4	8	12,7	0,01	0,02	0,23
Тревожный тип депрессии	85	92,4	7	3,9	41	65,1	0,01	0,01	0,01
Тосливо-тревожный тип депрессии	4	4,3	138	76,7	14	22,2	0,01	0,01	0,01
Наличие тревожно-фобических расстройств	47	51,1	57	31,7	14	22,2	0,01	0,01	0,16

2 группа (НСТФ) и 3 группа (БСТФ) пациентов с расстоянием - 39,6, самыми близкими 1 группа (ДСТФ) и 2 группа (НСТФ) – 18,9 (табл. 5).

Самой гомогенной в признаковой пространстве была вторая группа с неблагоприятным СТФ, самой гетерогенной - 3 группа с благоприятным СТФ, что свидетельствует о возможном влиянии и других факторов на благоприятный социально-трудовой прогноз у пациентов с депрессивным расстройством.

Заключение

Таким образом, при оценке социально-трудового функционирования при депрессивном расстройстве выделены разнообразные факторы, определяющие его

благоприятный или неблагоприятный прогноз: социально-демографические (возраст, образовательный уровень, семейное положение, место проживания), преморбидные особенности личности, неблагоприятный детский опыт, резидуально-органическое поражение и сопутствующая сосудистая патология головного мозга, клинические особенности текущего депрессивного эпизода (тяжесть и тип депрессии, коморбидная симптоматика) и течение заболевания, длительность додиагностического периода с момента появления инициальных проявлений, ответ на проводимую психофармакотерапию.

К факторам благоприятного социально-трудового функционирования у пациентов с депрессивным расстройством можно отнести: молодой возраст, про-

Таблица 5. Расстояния (квадраты расстояний Махаланобиса) в признаковом пространстве между тремя группами пациентов с депрессивным расстройством по результатам кластерного анализа

	1 группа ДСТФ		2 группа НСТФ		3 группа БСТФ	
	Расстояние	Статистические различия	Расстояние	Статистические различия	Расстояние	Статистические различия
1 группа ДСТФ	0		18,9	0,01	32,2	0,01
2 группа НСТФ	18,9	0,01	0		39,6	0,01
3 группа БСТФ	32,2	0,01	39,6	0,01	0	

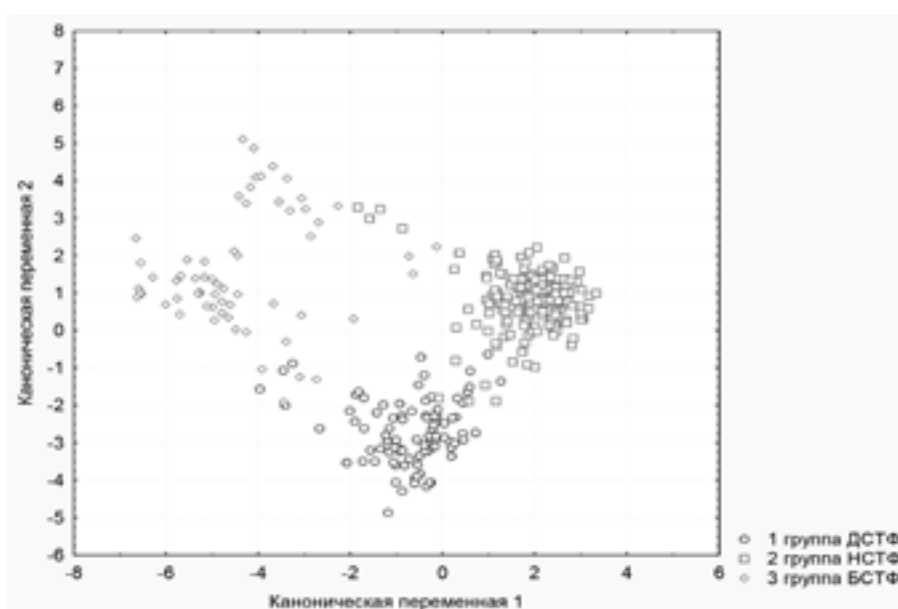


Рисунок 1. Распределение в признаковом пространстве 3 групп пациентов по результатам кластерного анализа

живание в городе (не в сельской местности), высокий образовательный уровень, отсутствие в анамнезе неблагоприятного детского опыта, факторов резидуально-органического поражения и сопутствующей сосудистой патологии головного мозга, гармоничные преморбидные особенности личности, первичный депрессивный эпизод, небольшую длительность заболевания от манифеста и текущего депрессивного эпизода, додиагностического периода с момента появления инициальных проявлений, умеренную тяжесть депрессии, преимущественно тревожный тип депрессии с наличием сомато-вегетативных нарушений, без патологических телесных ощущений.

Факторами неблагоприятного социально-трудового прогноза у пациентов с депрессивным расстройством являлись: старший возраст, невысокий образовательный уровень, вдовство, наличие в анамнезе неблагоприятного детского опыта (смерть родителя, воспитание в неблагополучной семье, физическое и сексуальное насилие), факторов резидуально-органического поражения головного мозга (перинатальная патология, тяжело протекающие инфекции детского возраста, перенесенные черепно-мозговые травмы), сопутствующей сосудистой патологии головного мозга (начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга, дисциркуляторная энцефалопатия 1 и 2 стадии), отсутствие гармоничных преморбидных особенностей личности, большая длительность заболевания от манифеста и текущего депрессивного эпизо-

да, додиагностического периода с момента появления инициальных проявлений, рекуррентное течение депрессивного расстройства, преимущественно аутохтонное начало текущего ДЭ, формирование хронического варианта течения ДР, тяжелая степень тяжести депрессии с типичным суточным ритмом, преимущественно тоскливо-тревожный тип депрессии, резистентность к проводимой адекватной психофармакотерапии. ■

Петрунько Ольга Вячеславна, к.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования - филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации; адрес: Российская Федерация; **Михалевич Исai Моисеевич**, к.г.м.н., доцент, заведующий кафедрой педагогических и информационных технологий, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования - филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Автор, ответственный за переписку — Петрунько Ольга Вячеславна, 664049, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 100; тел.: (3952) 506-857, e-mail: petrounko@mail.ru

Литература:

1. Тиганов А.С. Проблема возрастных аспектов депрессивных состояний. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013; 11(2): 3-6.
2. Краснов В.Н. Проблемы современной диагностики депрессии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2012; 112(11): 3-10.
3. Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г., Крижановский А.С. Модели для оценки терапевтически резистентных депрессий. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015; 1(2): 31-35.
4. Аведисова А.С., Захарова К.В., Гаскин В.В., Самотаева И.С., Аркуша ИА. Аналитическая депрессия - клинический и нейрофизиологический анализ. *Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева*. 2016; 48(4): 5-9.
5. Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э., Кибитов А.О., Горобец Л.Н. Атипичная депрессия: от фенотипа к эндотипу. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2016; 26 (3): 5-16.
6. Петрова Н.Н. К вопросу о коморбидности биполярных аффективных и тревожных расстройств. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2016; 26(2): 106-110.
7. Смуглевич А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2015.
8. Симуткин Г.Г. Особые паттерны течения аффективных расстройств. Томск: Издательство Томского университета, 2010.
9. Ferrari A., Somerville A.J., Baxter A., Norman R., Patten S., Vos T. et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*. 2013; 43(3): 471-81.
10. Kessler R.C., Bromet E.J. The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*. 2013; 34: 119-38.
11. Markkula N., Marola N., Nieminen T., Koskinen S., Saarni S.I., Härkänen T. et al. Predictors of new-onset depressive disorders - Results from the longitudinal Finnish Health 2011 Study. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 208: 255-264.
12. Compton W.M., Conway K.P., Stinson F.S., Grant B.F. Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *The American Journal of Psychiatry*. 2006; 163(12): 2141-7.
13. Ferrari A.J., Charlson F.J., Norman R.E., Patten S.B., Freedman G., Murray C.J. et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *Public Library of Science Medicine*. 2013; 10(11): e1001547.
14. Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K.R. et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) *Journal of the*

- American Medical Association. 2003; 289(23): 3095-105.*
15. Murray C.J., Vos T., Lozano R., Naghavi M., Flaxman A.D., Michaud C. et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet. 2012; 380(9859): 2197-223. OI: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4.*
 16. Ardal G., Lund A., Hammar A. Health-related quality of life in recurrent major depressive disorder - a 10-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry. 2013; 67(5): 339-43.*
 17. van Zoonen K., Buntrock C., Ebert D.D., Smit F., Reynolds C.F., Beekman A.T. et al. Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *International Journal of Epidemiology. 2014; 43(2): 318-29.*
 18. Reddy M.S. Depression: the disorder and the burden. *Indian Journal of Psychological Medicine. 2010; 32(1): 1-2.*
 19. Kessler R.C., Akiskal H.S., Ames M., Birnbaum H., Greenberg P., Hirschfeld R.M. et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *The American Journal of Psychiatry. 2006; 163(9): 1561-8.*
 20. Булатов А.Ю. Первичная инвалидность вследствие психических расстройств у взрослого населения в Российской Федерации и ее субъектах в 2001-2006 гг. *Вестник Все-российского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2008, 2: 48-51.*
 21. Демчева Н.К., Король И.С. Клинико-динамические характеристики психических расстройств и качество жизни у инвалидов вследствие психических заболеваний. *Российский психиатрический журнал. 2010; 2: 14-21.*
 22. Волобоева Т.В., Смагина Т.Н., Бурнатова Е.А. Анализ первичной инвалидности населения оренбургской области вследствие психических расстройств и расстройств поведения в 2008-2010 гг. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2012; 4: 28-32.*
 23. Малюков Н.И., Голубев Ю.Ф., Азанова Л.Е., Харланова Н.П. Анализ первичной инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения у лиц молодого возраста в липецкой области в динамике за 2010 – 2014 гг. *Медико-социальные проблемы инвалидности. 2015; 3: 102-105.*
 24. Подсеваткин Д.В., Гулина О.В., Подсеваткин В.Г., Блинов Д.С., Подсеваткина С.В., Кашицина В.В. Анализ первичной инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения у взрослого населения республики Мордовия за период с 2009 по 2013 гг. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015; 18(1): 27-30.*