

Атипичная депрессия: частота встречаемости симптомов

П.В. Николаева¹, <https://orcid.org/0000-0002-3219-6189>, polinika@inbox.ru

Ю.С. Фофанова², <https://orcid.org/0000-0002-6715-275X>, ioulia2005@yandex.ru

И.А. Никифоров², <https://orcid.org/0000-0002-4991-663X>, narkolog.ipk@mail.ru

П.В. Аронов^{2,3}, <https://orcid.org/0000-0001-6881-1641>, info@fnkc-fmba.ru

Г.Н. Бельская³, <https://orcid.org/0000-0001-9831-8970>, belskaya@neurology.ru

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова; 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1

² Академия постдипломного образования Федерального научно-клинического центра специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства России; 125371, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 91

³ Научный центр неврологии; 125367, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 80

Резюме

Введение. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению частоты встречаемости атипичных форм депрессии, что особенно характерно для амбулаторных вариантов аффективных расстройств. При этом частота встречаемости отдельных атипичных депрессивных симптомов требует уточнения.

Цель. Оценить распространенность отдельных симптомов атипичной депрессии у пациентов с депрессивным синдромом.

Материалы и методы. В исследование включены 87 пациентов в возрасте 18–70 лет с депрессивным синдромом, давших информированное согласие. Критерий включения – результат психометрического обследования с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) (кластера депрессии): пациенты, набравшие более 7 баллов. Критерии исключения: наличие тяжелой соматической и неврологической патологии в стадии декомпенсации, зависимость от психоактивных веществ и алкоголя. В исследовании применялись психометрический и статистический методы. Основным инструментом обследования – стимульный материал в виде таблицы с перечнем атипичных депрессивных симптомов.

Результаты. На основании психометрической оценки пациенты разделены на 2 группы: пациенты с субклинически выраженной депрессией (n = 19), пациенты с клинически выраженной депрессией (n = 68). Среди пациентов с субклинически выраженной депрессией наиболее часто регистрировались повышенная тревожность (89,5%), реактивность настроения (84,2%), гиперсомния (78,9%), гиперфагия (73,7%) и соматизированные симптомы (73,7%). Среди пациентов с клинически выраженной депрессией наиболее часто встречались повышенная тревожность (91,2%), соматизированные симптомы (80,9%), гиперсомния (79,4%) и инвертированный суточный ритм (72,1%).

Выводы. Полученные данные подтверждают высокую распространенность симптомов атипичной депрессии среди пациентов с расстройствами депрессивного спектра. Продемонстрирована частая встречаемость тревожной и соматизированной симптоматики в структуре депрессии, а также гиперсомнии. Представляется актуальным дальнейшее изучение распространенности отдельных симптомов атипичной депрессии.

Ключевые слова: гиперсомния, гиперфагия, соматизированные симптомы, реактивность настроения, инвертированный суточный ритм, свинцовый паралич

Для цитирования: Николаева П.В., Фофанова Ю.С., Никифоров И.А., Аронов П.В., Бельская Г.Н. Атипичная депрессия: частота встречаемости симптомов. *Медицинский совет*. 2022;16(21):106–111. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-21-106-111>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Atypical depression: frequency of symptoms

Polina V. Nikolaeva¹, <https://orcid.org/0000-0002-3219-6189>, polinika@inbox.ru

Yulia S. Fofanova², <https://orcid.org/0000-0002-6715-275X>, ioulia2005@yandex.ru

Igor A. Nikiforov², <https://orcid.org/0000-0002-4991-663X>, narkolog.ipk@mail.ru

Pavel V. Aronov^{2,3}, <https://orcid.org/0000-0001-6881-1641>, info@fnkc-fmba.ru

Galina N. Belskaya³, <https://orcid.org/0000-0001-9831-8970>, belskaya@neurology.ru

¹ Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry; 20, Bldg. 1, Delegatskaya St., Moscow, 127473, Russia

² Academy of Postgraduate Education of the Federal Scientific and Clinical Center for Specialized Types of Medical Care and Medical Technologies of Russian Federal Medical-Biological Agency; 91, Volokolamskoe Shosse, Moscow, 125371, Russia

³ Research Center of Neurology; 80, Volokolamskoe Shosse, Moscow, 125367, Russia

Abstract

Introduction. The relevance of the study is determined by the increase of atypical forms of depression, which is especially characteristic of outpatient affective disorders. In this case, the frequency of occurrence of individual atypical depressive symptoms requires clarification.

Aim. To determinate the prevalence of atypical symptoms in patients with depressive disorder.

Materials and methods. Patients (87 subjects) with depressive disorder, aged 18–70, who gave inform consent. The selection criterion was the result of psychometric research using The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): the study included patients who scored more than 7 points. Patients with severe organic insufficiency and neurological diseases, alcohol and substance abuse were excluded. The study used clinical psychometric and statistical methods. The main examination tool is stimulus material in the form of a table with a list of atypical depressive symptoms.

Results. Based on the psychometric assessment, patients were divided into two groups: patients with subclinical depression included 19 patients, patients with clinically severe depression included 68 patients. Among patients with subclinical depression, increased anxiety (89.5%), mood reactivity (84.2%), hypersomnium (78.9%), hyperphagia (73.7%) and somatized symptoms (73.7%) were most often recorded. Among patients with clinically pronounced depression, increased anxiety (91.2%), somatized symptoms (80.9%), hypersomnium (79.4%) and inverted daily rhythm (72.1%) were most common.

Conclusion. The data obtained confirm the high prevalence of symptoms of atypical depression among patients with depressive spectrum disorders. The frequent occurrence of anxious and somatized symptoms in the structure of depression, as well as hypersomnia, was demonstrated. It seems relevant to further study the prevalence of separate symptoms of atypical depression.

Keywords: hypersomnia, hyperphagia, somatized symptoms, mood reactivity, inverted circadian mood rhythm, leaden paralysis

For citation: Nikolaeva P.V., Fofanova Y.S., Nikiforov I.A., Aronov P.V., Belskaya G.N. Atypical depression: frequency of symptoms. *Meditinskiy Sovet.* 2022;16(21):106–111. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-21-106-111>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

По данным эпидемиологических исследований, распространенность расстройств депрессивного спектра в популяции в XXI в. прогрессивно увеличивается и в последнее десятилетие составляет по разным оценкам от 10 до 25%¹ [1–3]. Различия в приводимых показателях заболеваемости депрессией связаны с трудностями выявления данной категории пациентов, которые в свою очередь обусловлены в том числе и тем, что до трети пациентов с аффективными расстройствами не обращаются к психиатрам, считая плохое самочувствие слабостью или ассоциируя его с соматическими заболеваниями [4]. Вероятность развития депрессии в течение жизни характеризуется гендерными различиями, составляя 20% для женщин и 12% для мужчин [5]. В подавляющем большинстве случаев депрессия поражает трудоспособное население, манифестируя, как правило, в возрасте от 20 до 40 лет, в связи с чем приводит к весомым экономическим потерям [6]. Депрессия находится на 4-м месте среди инвалидирующих состояний, по данным ВОЗ [5]. Среди психических расстройств депрессия занимает 1-е место по суицидальному риску: до 15% пациентов с депрессией заканчивают жизнь самоубийством [5].

Депрессия характеризуется сниженным настроением, сопровождающимся утратой удовольствия и интересов, изменениями психомоторики и функциональными физическими расстройствами [7]. Депрессивный синдром, согласно каноническим представлениям, включает классическую триаду симптомов – гипотимию (подавленное настроение), идеаторную и моторную заторможенность (снижение мыслительной и двигательной активности) [8]. Вместе с тем

в последнее десятилетие все реже встречаются классические варианты депрессии, особенно в амбулаторном звене, где врачи наиболее часто сталкиваются с атипичными вариантами аффективной патологии [9]. Атипичная депрессия – это форма депрессивного расстройства, в клинической картине которого наряду с типичными проявлениями депрессии отмечаются специфические признаки. К наиболее распространенным симптомам атипичной депрессии, согласно данным русскоязычных литературных источников, относят реактивность настроения, обратный суточный ритм аффекта, гиперфагию и/или повышение массы тела, гиперсомнию, а также тревожную и, согласно мнению ряда исследователей, соматизированную симптоматику [10–15].

Под реактивностью настроения подразумевают состояние, при котором человек интенсивнее обычного реагирует на внешние раздражители и при этом, несмотря на общий сниженный фон настроения, способен в ответ на позитивные события испытывать удовлетворение и получать удовольствие [15, 16]. Гиперфагия – это увеличение аппетита, зачастую приводит к потреблению большего количества пищи, чем требуется для компенсации энергозатрат. Увеличение массы тела в связи с гиперфагией предполагает прибавку в 3–5 кг за последние 3 мес. [15, 16]. Под гиперсомнией понимается сон, продолжительность которого составляет более 10 ч в сут, что наблюдается не менее 3 раз в нед. на протяжении минимум 3 мес. [15, 16]. Еще одним довольно распространенным, относящимся к соматизированным проявлениям, атипичным симптомом депрессии является так называемый «свинцовый паралич», выражающийся в ощущении тяжести или слабости в конечностях, которое для соответствия критериям диагноза должно длиться не менее 1 ч в день и возникать не реже 3 раз в нед. на протяжении минимум 3 мес. [4, 15, 16].

Известно, что атипичные варианты депрессии наиболее характерны для клинической картины биполярного

¹ American Psychiatric Association (APA). *Telepsychiatry Practice Guidelines*. 2020. Available at: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/blog/apa-resources-on-telepsychiatry-and-covid-19>.

аффективного расстройства, т. к. при биполярной депрессии чаще, чем при униполярной, встречаются гиперсомния и гиперфагия [17, 18]. Были выделены отличительные признаки пациентов с атипичной депрессией и диагностированным биполярным аффективным расстройством, которые наблюдаются у больных рекуррентной депрессией существенно реже: начало заболевания в более раннем возрасте, отягощенный психическими заболеваниями семейный анамнез, депрессивные эпизоды, характеризующиеся повышенной сенситивностью и тревожностью; более частые суицидальные мысли и попытки суицида, более часто встречаемое злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами [10, 19, 20]. Несмотря на смежность клинических картин атипичной и биполярной депрессии, показано, что атипичные депрессивные симптомы встречаются также в структуре униполярной эндогенной депрессии у 20% больных, как правило, (в 95% случаев) у женщин [21–23]. Самыми часто встречающимися атипичными депрессивными симптомами у пациентов с униполярной депрессией являются гиперсомния, гиперфагия и, как следствие, повышение массы тела, несколько реже наблюдаются ощущение тяжести в конечностях и реактивность настроения [13]. Кроме того, у многих пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством верифицируют аллопатии и атипичные панические приступы, в том числе с включением конверсионной симптоматики, – симптомы, которые некоторые авторы также определяют в рамках атипичной депрессии [1].

Согласно эпидемиологическим исследованиям, частота встречаемости атипичных форм депрессивной патологии – особенно в амбулаторной практике – в последние годы увеличивается [24, 25]. По данным зарубежных исследований, в начале первого десятилетия XXI в. частота выявления атипичной депрессивной симптоматики при депрессивном расстройстве составляла около 15%, тогда как в последующие годы ее распространенность оценивалась в 29–36%, хотя по некоторым свидетельствам превосходила и эти значения [14, 26]. Тем не менее, несмотря на широкое распространение атипичной депрессии, в отечественной психиатрии данная психопатология не имеет конкретных диагностических критериев. Не выделена она в отдельную нозологическую форму и в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), где обозначена как синдром [27]. В диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders V, DSM-5), в отличие от руководства IV пересмотра, атипичная депрессия представлена самостоятельной категорией, включающей в качестве обязательных признаков реактивность настроения и как минимум два из следующих симптомов: гиперфагию и/или повышение массы тела, гиперсомнию, свинцовый паралич и сенситивность (повышение чувствительности к происходящим событиям и межличностному взаимодействию) [13, 28].

В нескольких исследованиях было показано, что у пациентов с атипичной депрессивной симптоматикой наблюдается лучший терапевтический ответ при использовании группы антидепрессантов, ингибирующих моноаминоксидазу (ИМАО), по сравнению с ответом на трициклические

антидепрессанты [29–31]. Данный феномен был также использован как аргумент в пользу выделения атипичной депрессии в отдельную нозологическую единицу [31]. Тем не менее, в связи с особенностями межлекарственного взаимодействия и нежелательными явлениями, характеризующими терапевтический профиль ИМАО, препаратами выбора в терапии атипичной депрессии, как и в терапии других аффективных расстройств, являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина [29, 32].

Атипичная депрессия в используемой сейчас в России МКБ-10 кодируется в соответствии с рекомендациями в рамках следующих нозологических категорий: F32.8 «Другие депрессивные состояния» и F38.8 «Другие уточненные расстройства настроения» [27].

Подытоживая сказанное выше, следует отметить, что увеличение встречаемости неклассических форм депрессии в контексте патоморфоза аффективной патологии представляет собой актуальную проблему для освещения. Проанализировав современные литературные источники, можно констатировать, что, несмотря на частое упоминание в них атипичных симптомов депрессии, их распространенность остается недостаточно изученной и представляется интересным предметом для исследования.

Цель – изучить встречаемость отдельных симптомов атипичной депрессии у пациентов с депрессивным синдромом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Отбор пациентов проводился дистанционно на основании психометрической оценки. В исследование включены пациенты обоих полов, в возрасте от 18 до 70 лет, давшие информированное согласие на исследование. Критерием включения служил результат психометрического обследования с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) (кластера депрессии): в исследование включались пациенты, набравшие более 7 баллов.

Критериями исключения были наличие тяжелой соматической и неврологической патологии в стадии декомпенсации, злокачественных новообразований, системных заболеваний соединительной ткани, зависимость от психоактивных веществ и алкоголя.

В исследовании применялись психометрический и статистический методы. В качестве инструмента обследования использовался стимульный материал в виде таблицы с указанным перечнем атипичных депрессивных симптомов, в которой пациенты должны были отметить те, которые наиболее соответствовали их состоянию. Среди соматизированных симптомов были предложены: головная боль, боль в спине, боль в грудной клетке, боль в животе, ощущение перебоев в сердце, учащенное сердцебиение, ощущение нехватки воздуха, нарушение стула.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием компьютерной программы Excel.

В исследование на основании отбора с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) (кластера депрессии) было включено 87 пациентов (61 женщина и 26 мужчин) в среднем возрасте $27,2 \pm 8,6$ года.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На основании психометрической оценки пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от выраженности депрессивной симптоматики: 1-я группа – пациенты с субклинически выраженной депрессией, т. е. набравшие 8–10 баллов по шкале HADS (кластера депрессии) – включала 19 пациентов (12 женщин, 7 мужчин, средний возраст $25,8 \pm 7,3$); 2-я группа – пациенты с клинически выраженной депрессией, т. е. набравшие 11 и более баллов по шкале HADS (кластера депрессии) – включала 68 пациентов (49 женщин, 19 мужчин, средний возраст $28,6 \pm 9,9$).

Атипичные депрессивные симптомы наблюдались у всех (100%) пациентов выборки ($n = 87$): у 90,8% ($n = 79$) – тревожные симптомы, у 79,3% ($n = 69$) – гиперсомния и соматизированные симптомы, у 63,2% ($n = 55$) – реактивность настроения, у 62,1% ($n = 54$) – инвертированный суточный ритм, у 42,5% ($n = 37$) – гиперфагия и у 32,2% ($n = 28$) – онемение/тяжесть в конечностях («свинцовый паралич»). Среди соматизированных симптомов наиболее распространенными были: головная боль – 70,1% ($n = 61$), учащенное сердцебиение – 67,8% ($n = 59$), боль в спине – 66,7% ($n = 58$), реже встречались боль в животе – 42,5% ($n = 37$), ощущение перебоев в сердце – 40,2% ($n = 35$), ощущение нехватки воздуха – 35,6% ($n = 31$), нарушение стула – 34,5% ($n = 30$), боль в грудной клетке – 27,6% ($n = 24$).

У 1-й группы пациентов (пациенты с субклинически выраженной депрессией) наиболее часто были зарегистрированы: повышенная тревожность – 89,5% (17 из 19) и реактивность настроения – 84,2% (16 из 19), далее следо-

● **Таблица.** Частота встречаемости атипичных депрессивных симптомов в группах субклинически и клинически выраженной депрессии и в выборке в целом

● **Table.** Atypical depression symptom frequency in the groups of subclinical and clinical depression and in the intent-to-treat population overall

Атипичные депрессивные симптомы	Группа субклинически выраженной депрессии, %	Группа клинически выраженной депрессии, %	Выборка в целом, %
Гиперфагия	73,7	35,3	42,5
Гиперсомния	78,9	79,4	79,3
Реактивность настроения	84,2	57,4	63,2
Тревожные симптомы	89,5	91,2	90,8
Инвертированный суточный ритм	68,4	72,1	62,1
«Свинцовый паралич»	26,3	33,8	32,2
Соматизированные симптомы	73,7	80,9	79,3
• головная боль;	42,1	77,9	70,1
• боль в спине;	26,3	77,9	66,7
• боль в грудной клетке;	15,8	30,9	27,6
• боль в животе;	26,3	47,1	42,5
• ощущение перебоев в сердце;	15,8	47,1	40,2
• учащенное сердцебиение;	52,6	72,1	67,8
• ощущение нехватки воздуха;	63,2	27,9	35,6
• нарушение стула	26,3	36,8	34,5

вали гиперсомния – 78,9% (15 из 19), гиперфагия и соматизированные симптомы – по 73,7% (14 из 19) и инвертированный суточный ритм – 68,4% (13 из 19); наиболее редким симптомом был «свинцовый паралич» – 26,3% (5 из 19). Среди соматизированных симптомов наиболее часто встречались: ощущение нехватки воздуха – 63,2% (12 из 19) и учащенное сердцебиение – 52,6% (10 из 19), далее следовали головная боль – 42,1% (8 из 19), боль в животе и спине и нарушение стула – по 26,3% (5 из 19); наиболее редко наблюдалось ощущение перебоев в сердце и боль в грудной клетке – по 15,8% (3 из 19).

Во 2-й группе (пациенты с клинически выраженной депрессией) наиболее часто встречающимся симптомом также была повышенная тревожность – 91,2% (62 из 68); далее следовали соматизированные симптомы – 80,9% (55 из 68) и гиперсомния – 79,4% (54 из 68), затем инвертированный суточный ритм – 72,1% (49 из 68) и реактивность настроения – 57,4% (39 из 68); реже всего регистрировались гиперфагия – 35,3% (24 из 68) и «свинцовый паралич» – 33,8% (23 из 68). Среди соматизированных симптомов чаще прочих присутствовали головная боль и боль в спине – по 77,9% (53 из 68), далее – учащенное сердцебиение – 72,1% (49 из 68), перебои в работе сердца и боль в животе – по 47,1% (32 из 68), наиболее редко встречающимися симптомами были нарушение стула – 36,8% (25 из 68), боль в грудной клетке – 30,9% (21 из 68) и ощущение нехватки воздуха – 27,9% (19 из 68).

Частота встречаемости атипичных депрессивных симптомов в каждой группе и в выборке в целом представлена в *таблице*.

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящем исследовании все пациенты имели те или иные атипичные депрессивные симптомы. При этом наиболее распространенными оказались тревожные симптомы, гиперсомния, а также соматизированные симптомы, наиболее редким – «свинцовый паралич». Среди соматизированных симптомов преобладали головная боль, боль в спине и учащенное сердцебиение, реже прочих встречались нарушение стула и боль в грудной клетке.

Учитывая неравномерность распределения пациентов в группах с субклинической и клинически выраженной депрессией, говорить о достоверности различий в них невозможно, однако на уровне тенденций можно отметить некоторые расхождения в частоте встречаемости отдельных атипичных депрессивных симптомов в зависимости от тяжести аффективной патологии. Несмотря на то что в обеих группах, как и в выборке в целом, наиболее распространенным симптомом была повышенная тревожность, а наиболее редким – «свинцовый паралич», в группе пациентов с клинически выраженной депрессией существенно реже, чем в группе пациентов с субклинической депрессией, регистрировались гиперфагия и реактивность настроения, при этом несколько чаще встречались инвертированный суточный ритм и соматизированные симптомы. Среди соматизированных симптомов у пациентов с субклинически выраженной депрессией наиболее

распространены были ощущение нехватки воздуха и учащенное сердцебиение, тогда как у пациентов с более тяжелой депрессивной патологией чаще фиксировались болевые синдромы, головная боль и боль в спине, и также учащенное сердцебиение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные подтверждают высокую распространенность симптомов атипичной депрессии среди пациентов с расстройствами депрессивного спектра. Кроме того, еще раз продемонстрирована частая встреча-

емость тревожной и соматизированной симптоматики в структуре депрессии. Интересным выглядит прецедент частого выявления гипертонии у пациентов с депрессивным синдромом. Представляется важным дальнейшее изучение распространенности отдельных симптомов атипичной депрессии, а также информирование о данной проблеме специалистов соматического профиля для своевременной дифференциации атипичных депрессивных симптомов от соматической патологии.



Поступила / Received 26.07.2022

Поступила после рецензирования / Revised 07.09.2022

Принята в печать / Accepted 13.10.2022

Список литературы / References

1. Аведисова А.С., Марачев М.П. Клиническая типология атипичной депрессии при биполярном и монополярном аффективном расстройстве. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012;112(3):18–24. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2012/3/031997-7298201233>.
2. Аведисова А.С., Марачев М.П. Clinical typology of atypical depression in bipolar and unipolar affective disorders. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2012;112(3):18–23. (In Russ.) Available at: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2012/3/031997-7298201233>.
3. Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г. *Депрессивное расстройство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019. 112 с. Режим доступа: <https://medknigaserbis.ru/wp-content/uploads/2019/01/NF0013289.pdf>.
4. Maso G.E., Neznanov N.G. *Depressive disorder*. Moscow: GEOTAR-Media; 2019. 112 p. (In Russ.) Available at: <https://medknigaserbis.ru/wp-content/uploads/2019/01/NF0013289.pdf>.
5. Медведев В.Э. Расстройства тревожно-депрессивного спектра на фоне COVID-19: возможности терапии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(2):111–116. Режим доступа: <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-2-111-116>.
6. Medvedev V.E. Anxiety and depression in COVID-19: treatment options. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(2):111–116. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-2-111-116>.
7. Смулевич А.Б., Тиганов А.С. *Депрессии и коморбидные расстройства*. М.: РАМН НЦПЗ; 1997. 154 с. Режим доступа: <http://www.drlev.ru/book/smulevitch1.pdf>.
8. Smulevich A.B., Tiganov A.S. *Depression and comorbid disorders*. Moscow: Mental Health Research Center of the Russian Academy of Medical Sciences; 1997. 154 p. (In Russ.) Available at: <http://www.drlev.ru/book/smulevitch1.pdf>.
9. Sadock BJ., Sadock V.A., Ruiz P. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 2 Vol. Set. Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 2000. 2028 p. Available at: https://www.researchgate.net/profile/Richard-Loewenstein/publication/292985195_Dissociative_Disorders/links/56b41b1308ae5deb2657ec40/Dissociative-Disorders.pdf.
10. McKnight P.E. The importance of functional impairment to mental health outcomes: A case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clin Psychol Rev*. 2009;23(3):243–259. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.005>.
11. Краснов В.Н. *Расстройства аффективного спектра*. М.: Практическая медицина; 2011. 431 с. Режим доступа: https://kingmed.info/knigi/Psihiatria/book_2928/Rasstroystva_affektivnogo_spektra-Krasnov_VN-2011.pdf.
12. Krasnov V.N. *Affective spectrum disorders*. Moscow: Prakticheskaya meditsina; 2011. 431 p. (In Russ.) Available at: https://kingmed.info/knigi/Psihiatria/book_2928/Rasstroystva_affektivnogo_spektra-Krasnov_VN-2011.pdf.
13. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. *Психиатрия*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011. 189 с. Режим доступа: https://kingmed.info/knigi/Psihiatria/book_2668/Psihiatriya-Tsigankov_BD_Ovsyannikov_SA-2011.pdf.
14. Tsygankov B.D., Ovsyannikov S.A. *Psychiatry*. Moscow: GEOTAR-Media; 2011. 189 p. (In Russ.) Available at: https://kingmed.info/knigi/Psihiatria/book_2668/Psihiatriya-Tsigankov_BD_Ovsyannikov_SA-2011.pdf.
15. Stewart J. Atypical depression: history and future. *Psychiatr Ann*. 2014;44(12):557–562. <https://doi.org/10.3928/00485713-20141208-04>.
16. Вербицкая М.С., Тювина Н.А., Кренкель Г.Л., Ефремова Е.Н., Столярова А.Е. Атипичная депрессия при биполярном расстройстве: клинический случай. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;6(6):144–150. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-6-144-150>.
17. Verbitskaya M.S., Tyuvina N.A., Krenkel G.L., Efremova E.N., Stolyarova A.E. Atypical depression in bipolar affective disorder: a clinical case study. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;6(6):144–150. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-6-144-150>.
18. Дмитриева Т.Б., Краснов В.Н., Незнанов Н.Г., Семке В.Я., Тиганов А.С. (ред.). *Психиатрия. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017. 435 с. Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/tr/book/ISBN9785970440179.html>.
19. Dmitrieva T.B., Krasnov V.N., Neznanov N.G., Semke V.YA., Tiganov A.S. (eds.). *Psychiatry. National leadership*. Moscow: GEOTAR-Media; 2017. 435 p. (In Russ.) Available at: <https://www.rosmedlib.ru/tr/book/ISBN9785970440179.html>.
20. Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э., Кибитов А.О., Горобец Л.Н. Атипичная депрессия: от фенотипа к эндофенотипу. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2016;26(3):5–16. Режим доступа: https://psychiatr.ru/files/magazines/2016_09_scp_963.pdf?ysclid=I9dvwj74ni865412849.
21. Neznanov N.G., Mazo G.E., Kibitov A.O., Gorobec L.N. Atypical depression: from phenotype to endophenotype. *Russian Society of Psychiatrists*. 2016;26(3):5–16. (In Russ.) Available at: https://psychiatr.ru/files/magazines/2016_09_scp_963.pdf?ysclid=I9dvwj74ni865412849.
22. Петрунько О.В., Швецова А.В., Магонова Е.Г., Хамарханова А.А. Атипичная симптоматика в клинике монополярной депрессии. *Сибирский медицинский журнал*. 2009;5(72):72–75. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/atipichnaya-simptomatika-v-klinike-monopolynoy-endogennoy-depressii>.
23. Petrunko O.V., Shvetsova A.V., Magonova E.G., Hamarhanova A.A. Atypical symptoms in the clinic monopolar endogenous depression. *Siberian Medical Journal*. 2009;5(72):72–75. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/atipichnaya-simptomatika-v-klinike-monopolynoy-endogennoy-depressii>.
24. Тиганов А.С. (ред.). *Психиатрия*. М.: Медицина; 2012. 726 с. Available at: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785225100162.html>.
25. Tiganov A.S. (ed.). *Psychiatry*. Moscow: Meditsina; 2012. 726 p. (In Russ.) Available at: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785225100162.html>.
26. Тювина Н.А., Вербицкая М.С., Столярова А.Е. Атипичная депрессия: критерии выделения, подхода к терапии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(2):98–103. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-2-98-103>.
27. Tyuvina N.A., Verbitskaya M.S., Stolyarova A.E. Atypical depression: selection criteria, systematic approaches. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;12(2):98–103. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-2-98-103>.
28. Posternak M.A., Zimmerman M. Symptoms of atypical depression. *Psychiatry Research*. 2001;104(2):175–181. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(01\)00301-8](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00301-8).
29. Pae C.U., Tharwani H., Marks D.M., Masand P.S., Patkar A.A. Atypical depression: a comprehensive review. *CNS Drugs*. 2009;23(12):1023–1037. <https://doi.org/10.2165/11310990-000000000-00000>.
30. Rybakowski J.K., Suwalska A., Ljok D., Rymaszewska J., Kiejna A. Types of depression more frequent in bipolar than in unipolar affective illness: results of the Polish DEP-BI study. *Psychopathology*. 2007;40(3):153–158. <https://doi.org/10.1159/000100004>.
31. Akiskal H.S., Benazzi F. Atypical depression: a variant of bipolar II or a bridge between unipolar and bipolar II? *J Affect Disord*. 2005;84(2–3):209–217. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.05.004>.
32. Matza L.S., Revicki D.A., Davidson J.R., Stewart J.W. Depression with atypical features in the national comorbidity survey: classification, description, and consequences. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(8):817–826. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.817>.
33. Тювина Н.А., Балабанова В.В., Воронина Е.О. Гендерные особенности депрессивных расстройств у женщин. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2015;7(2):75–79. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2015-2-75-79>.
34. Tyuvina N.A., Balabanova V.V., Voronina E.O. Gender features of depressive disorders in women. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2015;7(2):75–79. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2015-2-75-79>.
35. Тювина Н.А., Коробкова И.Г. Сравнительная характеристика клинических особенностей депрессии при биполярном аффективном расстройстве I и II типа. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2016;8(1):22–28. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2016-1-22-28>.
36. Tyuvina N.A., Korobkova I.G. Comparative clinical characteristics of depression in bipolar affective disorders types I and II. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2016;8(1):22–28. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2016-1-22-28>.
37. Benazzi F. Prevalence of bipolar II disorder in atypical depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;249(2):62–65. <https://doi.org/10.1007/s004060050067>.

24. Benazzi F. Atypical depression in private practice depressed outpatients: a 203-case study. *Compr Psychiatry*. 1999;40(1):80–83. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90081-0](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90081-0).
25. Łojko D., Rybakowski J.K. Atypical depression: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;13(13):2447–2456. <https://doi.org/10.2147/NDT.S147317>.
26. Thase M.E. Recognition and diagnosis of atypical depression. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(8):11–16. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17640153/>.
27. Овчаров В.К., Максимова М.В. (ред.). Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. М.: Медицина; 1995. Т. 1, 698 с. Режим доступа: https://mkb10.su/download/mkb10_1_1.pdf?ysclid=l4oe6vzwfq589771961. Available at: https://mkb10.su/download/mkb10_1_1.pdf?ysclid=l4oe6vzwfq589771961. Овчаров В.К., Максимова М.В. (eds.). *International Classification of Diseases and Related Health Problems*. Moscow: Meditsina; 1995. Vol. 1, 698 p. (In Russ.) Available at: https://mkb10.su/download/mkb10_1_1.pdf?ysclid=l4oe6vzwfq589771961.
28. Jeste D.V., Lieberman J.A., Fassler T.D., Peele S.R. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013. 945 p. Available at: https://med-mu.com/wp-content/uploads/2018/08/American-Psychiatric-Association-Diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders-_-DSM-5-American-Psychiatric-Association-2013.pdf.
29. Lonnqvist J., Sihvo S., Syvalahti E., Kiviruusu O.J. Moclobemide and fluoxetine in atypical depression: a double-blind trial. *J Affect Disorders*. 1994;32(3):169–177. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(94\)90015-9](https://doi.org/10.1016/0165-0327(94)90015-9).
30. Ravaris C.L., Robinson D.S., Ives J.O., Nies A., Bartlett D. Phenelzine and Amitriptyline in the Treatment of Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37(9):1075–1080. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780220113013>.
31. West E.D., Dally P.J. Effects of iproniazid in depressive syndrome. *Br Med J*. 1959;1(1491–1494). <https://doi.org/10.1136/bmj.1.5136.1491>.
32. Keller J., Schatzberg A.F., Maj M. Current issues in the Classification of Psychotic Major Depression. *Schizophr Bull*. 2007;33(4):877–885. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm065>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – Николаева П.В., Фофанова Ю.С., Никифоров И.А.
 Концепция и дизайн исследования – Николаева П.В., Фофанова Ю.С., Никифоров И.А.
 Написание текста – Николаева П.В., Фофанова Ю.С.
 Сбор и обработка материала – Николаева П.В., Фофанова Ю.С.
 Обзор литературы – Николаева П.В., Фофанова Ю.С.
 Перевод на английский язык – Николаева П.В., Фофанова Ю.С.
 Анализ материала – Николаева П.В., Фофанова Ю.С.
 Статистическая обработка – Николаева П.В., Фофанова Ю.С.
 Редактирование – Фофанова Ю.С., Никифоров И.А., Аронов П.В., Бельская Г.Н.
 Утверждение окончательного варианта статьи – Никифоров И.А., Аронов П.В., Бельская Г.Н.

Contribution of authors:

Concept of the article – Polina V. Nikolaeva, Yulia S. Fofanova, Igor A. Nikiforov
 Study concept and design – Polina V. Nikolaeva, Yulia S. Fofanova, Igor A. Nikiforov
 Text development – Polina V. Nikolaeva, Yulia S. Fofanova
 Collection and processing of material – Polina V. Nikolaeva, Yulia S. Fofanova
 Literature review – Polina V. Nikolaeva, Yulia S. Fofanova
 Translation into English – Polina V. Nikolaeva, Yulia S. Fofanova
 Material analysis – Polina V. Nikolaeva, Yulia S. Fofanova
 Statistical processing – Polina V. Nikolaeva, Yulia S. Fofanova
 Editing – Yulia S. Fofanova, Igor A. Nikiforov, Pavel V. Aronov, Galina N. Belskaya
 Approval of the final version of the article – Igor A. Nikiforov, Pavel V. Aronov, Galina N. Belskaya

Информация об авторах:

Николаева Полина Викторовна, студентка, Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова; 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1; polinika@inbox.ru
Фофанова Юлия Сергеевна, старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Академии постдипломного образования, Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства России; 125371, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 91; ioulia2005@yandex.ru
Никифоров Игорь Анатольевич, д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии Академии постдипломного образования, Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства России; 125371, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 91; narkolog.ipk@mail.ru
Аронов Павел Владимирович, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Академии постдипломного образования, Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства России; 125371, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 91; info@fnkc-fmba.ru
Бельская Галина Николаевна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии, Научный центр неврологии; 125367, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 80; belskaya@neurology.ru

Information about the authors:

Polina V. Nikolaeva, Student, Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry; 20, Bldg. 1, Delegatskaya St., Moscow, 127473, Russia; polinika@inbox.ru
Yulia S. Fofanova, Senior Lecturer of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Academy of Postgraduate Education, Federal Scientific and Clinical Center for Specialized Types of Medical Care and Medical Technologies of Russia's Federal Medical-Biological Agency; 91, Volokolamskoe Shosse, Moscow, 125371, Russia; ioulia2005@yandex.ru
Igor A. Nikiforov, Dr. Sci. (Med.), Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Academy of Postgraduate Education, Federal Scientific and Clinical Center for Specialized Types of Medical Care and Medical Technologies of Russia's Federal Medical-Biological Agency; 91, Volokolamskoe Shosse, Moscow, 125371, Russia; narkolog.ipk@mail.ru
Pavel V. Aronov, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Academy of Postgraduate Education, Federal Scientific and Clinical Center for Specialized Types of Medical Care and Medical Technologies of Russia's Federal Medical-Biological Agency; 91, Volokolamskoe Shosse, Moscow, 125371, Russia; info@fnkc-fmba.ru
Galina N. Belskaya, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Neurology, Research Center of Neurology; 80, Volokolamskoe Shosse, Moscow, 125367, Russia; belskaya@neurology.ru