

ПРОБЛЕМА ДЕПРЕССИЙ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Профессор Б.В. МИХАЙЛОВ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Рассматриваются определение, причины, диагностические критерии депрессивных расстройств. Показана распространенность депрессий и их осложнений в современном обществе. Даны рекомендации по диагностике и лечению больных с депрессиями в системе первичного медицинского звена.

На современном этапе развития общества среди общемедицинских проблем особую актуальность приобретает проблема патологии аффективной сферы, особенно тревожных и депрессивных расстройств. По данным ВОЗ, в настоящее время более чем у 110 млн человек в мире — 3–6% популяции — выявлены те или иные клинически значимые проявления таких расстройств. Аналогичная тенденция отмечается и в Украине [1].

Возрастающая актуальность проблемы депрессий, обусловленная их распространенностью, объясняется существенным влиянием болезни на качество жизни и социальное функционирование человека, а также наибольшим среди психических расстройств уровнем вызываемых ими суицидов [1–3]. Все это приводит к огромному экономическому ущербу [4; 5].

Распространенность и выявление депрессивных расстройств в общемедицинской практике. В общей популяции депрессивные расстройства занимают от 5 до 17%, причем в условиях специализированных психиатрических учреждений амбулаторного звена они составляют примерно 1%; при массовом обследовании на промышленных предприятиях те или иные депрессивные нарушения обнаруживают уже у 26% людей, а среди обратившихся к специалистам общей практики — 68% [6].

Эмоциональные расстройства занимают третье место среди причин медицинских консультаций в развитых странах и являются основной рабочей нагрузкой для психиатров. Женщины в 2–3 раза чаще, чем мужчины, по поводу этих расстройств обращаются за помощью к врачу первичного звена здравоохранения [4; 7].

Однополярная депрессия может возникать в любой период жизни, но чаще начинается между 20 и 50 годами, у 50% пациентов — около 40 лет, у 15% — в 65 лет и позднее [1]. При этом рост депрессивных расстройств происходит не за счет эндогенных, а за счет психогенных, реактивных, смешанных форм, которые после работ J. Lange, L. Gayzal, J. Lopez-Ibor, J. Lemke называют ларвированными, маскированными, соматогенными формами и которые проявляются прежде всего соматовегетативными расстройствами [8].

С 1977 по 1990 г. количество таких расстройств возросло на 25% [6]. Эта тенденция сохраняется в мире и в Украине и до настоящего времени [1]. В целом в популяции почти 30% взрослого населения испытывает заметную депрессию и тревогу, которые неблагоприятно влияют на социальное функционирование человека. Подобные эпизоды являются ситуационно

обусловленными, недолговременными, и почти все они остаются недиагностированными. Только около 5% таких пациентов так или иначе попадает к специалистам специализированной сети.

Очень важным аспектом депрессивных расстройств является суицидный риск. Приблизительно 2/3 пациентов с диагностированной депрессией склонны к суицидным попыткам и 10–15% осуществляют суицид [9].

В целом большое количество существующих представлений о психопатологической структуре депрессий, роли психотравмирующих факторов в их генезе, нейрофизиологических и биохимических механизмах формирования в сочетании со сложностью современных классификационных градаций создает предпосылки для диагностических ошибок и расхождений, мешает своевременному проведению патогенетической терапии и адекватной реабилитации.

Определение проблемы. В термин «депрессия» вкладывается разное дефинитивное наполнение, он используется для описания симптома, синдрома или заболевания. Чаще всего этот термин определяет синдром, который включает психологические, эмоциональные, соматоневрологические и прочие клинические проявления заболевания [1; 3; 6; 10].

Мы провели систематизацию эмоциональных состояний отрицательной модальности и определили следующие их клинические разновидности.

Гипотимия — устойчиво пониженное настроение, сочетающееся с уменьшением общей активности психической деятельности и поведенчески двигательной активности.

Субдепрессия — устойчиво пониженное настроение, сочетающееся с уменьшением общей активности психической деятельности и поведенчески двигательной активности. Обязательный ее компонент — появление соматовегетативных нарушений, снижение самооценки и идентификация своего состояния как болезненного.

Депрессия — патологически сниженное, угнетенное, меланхолическое настроение, глубокая печаль, уныние, тоска витального уровня с тягостными соматовегетативными ощущениями. Ничто не приносит радости, удовольствия, весь мир становится мрачным. Большим свойственны чувство собственной малоценности, никчемности, неверие в свои силы. Наблюдается замедление и затруднение всех психических актов, снижение влечений. Негативный эмоциональный фон сопровождается триадой когнитивных расстройств: отрицательная оценка собственной личности; отрица-

тельная оценка внешнего мира; отрицательная оценка будущего.

Страх — чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием угрожающих событий, действий и т. п. Может быть выражен в различной степени — от тревожной неуверенности и неопределенного чувства стеснения в груди до состояния ужаса.

Тревога — аффект, обозначаемый как ожидание неопределенной опасности, неблагоприятного развития событий. Тревога отличается от страха беспредметностью, тогда как страх — это реакция на конкретную угрозу. Эта особенность тревоги, возможно, является следствием неосознаваемости повода для возникновения такого рода аффекта. Аффект тревоги побуждает человека искать источник возможной опасности, угрозы его благополучию. Отсюда роль тревоги в возникновении бреда, особенно персекуторного, и неврозов.

Рантус — приступы острого, иступленного возбуждения, вызванного чрезмерно сильным аффектом (тоска, страх). Характеризуется двигательным беспокойством и непреодолимым влечением к совершению насильственных действий. Возникает внезапно, неожиданно для окружающих. Для его начала характерно чувство предсердечной тоски. Двигательное возбуждение протекает очень бурно, часто сопровождается суицидными действиями.

Дисфория — угрюмое, ворчливо-раздражительное, злобное и мрачное настроение с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, ожесточенностью и взрывчатостью. Иногда это озлобленный пессимизм с язвительной придиричивостью, мелочной критичностью, временами со взрывами гнева, бранью, угрозами, способностью к нападению, насильственным действиям. В других случаях преобладает обвинение окружающих с тупой злобой, бранью, постоянной агрессией. В третьих случаях дисфория проявляется импульсивным бегством, бродяжничеством, пароксизмами бессмысленного разрушения предметов, оказавшихся в поле зрения. К разновидностям дисфории относится *moros* — мрачное, сварливое, брюзгливое настроение.

Депрессивный синдром в наиболее типичном виде (так называемая простая депрессия) складывается из сниженного, тоскливого настроения (гипотимия), замедления мышления и двигательной заторможенности (депрессивная триада). Сниженное настроение может иметь различные оттенки: от чувства грусти, подавленности до глубокой угнетенности или мрачной угрюмости. В более тяжелых случаях преобладает гнетущая, безысходная тоска, которая нередко переживается не только как душевная боль, но и как крайне тягостное физическое ощущение в области сердца, реже — головы или конечностей (витальная тоска). Идеаторная заторможенность проявляется замедленной тихой речью, трудностью сосредоточения, обеднением ассоциаций, резким снижением памяти. Движения больных замедлены, мимика скорбная, заторможенная или застывшая, стремление к деятельности отсутствует. В тяжелых случаях наблюдаются полная обездвиженность, мрачное оцепенение (депрессивный ступор), которое может иногда внезапно прерываться состоянием меланхоли-

ческого неистовства (*raptus melancholicus*). Депрессивным состояниям, особенно неглубоким, свойственны колебания депрессии в течение суток с улучшением общего состояния и уменьшением идеаторной и двигательной заторможенности во второй половине дня и вечером. При тяжелых формах депрессий таких колебаний может не быть. Для депрессивного синдрома характерны выраженные соматовегетативные расстройства в виде нарушения сна, аппетита, функций желудочно-кишечного тракта (запоры); больные худеют, у них расстраиваются эндокринные функции и т. д.

Для больных в депрессивном состоянии характерны мысли о своей никчемности, неполноценности, депрессивная переоценка прошлого. В более тяжелых случаях возникают сверхценные идеи самообвинения или бред виновности, греховности — *депрессия с идеями обвинения*.

Депрессивный синдром может сопровождаться явлениями меланхолической дереализации и деперсонализации, вплоть до болезненной психической анестезии — мучительного бесчувствия, переживания внутреннего опустошения, утраты любви к близким, исчезновения эмоционального отклика на окружающее (*анестетическая депрессия*).

Помимо описанных форм депрессивных синдромов существуют их разновидности, обусловленные видоизменением основных депрессивных расстройств. Выделяют *ироническую (улыбающуюся) депрессию*, при которой улыбка сочетается с горькой иронией над своим состоянием при крайней угнетенности настроения и чувстве полной безнадежности и бессмысленности своего существования.

Без значительной моторной и интеллектуальной заторможенности развиваются депрессии: с преобладанием слезливости, недержания аффекта, чувством беспомощности — *слезливая депрессия*; с постоянными жалобами — *ноющая депрессия*; с чувством неприязни ко всему окружающему, отрешенностью, раздражительностью и угрюмостью — *брюзжащая, угрюмая депрессия*.

Выделяются также *астеническая депрессия* с пониженным настроением, резкой слабостью, истощаемостью, гиперестезией; *адинамическая депрессия* с преобладанием вялости, апатии, безучастности, общего снижения жизненного тонуса.

Если в картине депрессии значительное место занимают тревога, преобладающая над аффектом тоски, и тревожные опасения, говорят о *тревожной депрессии*. Для нее характерно более или менее выраженное двигательное беспокойство, а в наиболее тяжелых случаях — резкое возбуждение со стонами, тревожной вербигерацией, самоистязанием (*ажитированная депрессия*). Депрессивное возбуждение может сопровождаться страхом, боязливостью, ипохондрическими жалобами или нестойким депрессивным бредом: отдельными идеями осуждения, наказания, гибели, обнищания и т. п.

Если депрессивный бред занимает центральное место в структуре депрессивного синдрома и является стойким психопатологическим образованием, это свидетельствует о *бредовой депрессии*, причем бредовые расстройства нередко приобретают фор-

му фантастических идей громадности и отрицания (*синдром Котара*).

В структуре сложных синдромов депрессия может сочетаться с кататоническими расстройствами, галлюцинациями, псевдогаллюцинациями, явлениями психического автоматизма.

Наряду с описанными формами депрессивных синдромов выделяют так называемые *скрытые (маскированные, ларвированные, стертые)* депрессии, которые проявляются, в первую очередь, разнообразными соматовегетативными расстройствами (головными болями, мучительными ощущениями в различных частях тела, сердцебиением, загрудинной болью, недостатком воздуха, одышкой, нарушением биологических влечений — аппетита, полового влечения, диссомническими расстройствами, сенестопатическими проявлениями), тогда как типично депрессивные симптомы стираются или даже полностью перекрываются вегетативными. Именно эти варианты депрессивных расстройств чаще всего встречаются в практике общесоматического звена и представляют наибольшие диагностические и терапевтические сложности.

Следует иметь в виду, что депрессивные изменения настроения на протяжении определенного периода времени могут быть нормальной реакцией на реальные неприятности и стрессогенные ситуации. Одни люди преодолевают такие эпизоды, другие склонны к развитию клинически значащих эмоциональных нарушений.

Структура депрессивных расстройств. По механизмам патогенеза и клиническим проявлениям эти расстройства можно структурировать следующим образом:

1. Эндогенные депрессии.

2. Невротические депрессии.

3. Соматизированные депрессии (депрессии как маски соматических заболеваний).

4. Симптоматические депрессии.

4.1. Депрессивное расстройство синдромального уровня как следствие личностной невротической реакции пациента на соматическое заболевание.

4.2. Депрессивное расстройство синдромального уровня как следствие нейротоксического эффекта соматического заболевания.

5. Соматопсихическая коморбидность — относительно независимое параллельное течение соматического заболевания и депрессии.

Классификация депрессивных расстройств. В МКБ-10 классификация депрессивных расстройств, представленная в главе V, является весьма сложной из-за множества диагностических рубрик и их представленности в различных разделах. В целом должны использоваться 60 диагностических рубрик, разделенных следующим образом: аффективные расстройства (расстройства настроения) (F30–F39) — 40 рубрик; невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40–F48) — 20 рубрик (с учетом смешанных тревожно-фобических расстройств).

Диагностические критерии депрессии:

1. Основные симптомы:

снижение настроения по сравнению с присущей пациенту нормой отмечается почти ежедневно и большую часть дня, а также вне зависимости от ситуации;

снижение (утрата) интересов и способности испытывать удовольствие от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;

уменьшение активности, повышенная (выраженная) утомляемость и снижение энергии.

2. Дополнительные симптомы:

нарушения сна любого типа;

изменение аппетита (снижение или повышение)

с соответствующими изменениями массы тела;

повторяющиеся мысли о смерти, самоубийстве или самоповреждении;

мрачное и пессимистическое видение будущего;

идеи виновности и самоуничтожения;

сниженная самооценка и чувство неуверенности в себе;

снижение концентрации внимания, неспособность сосредоточиться, снижение способности мыслить, нерешительность или колебания при принятии решений.

3. Соматические симптомы (меланхолические, витальные):

утрата интересов и удовольствия при обычно приятной деятельности;

утрата эмоциональной реакции на окружение и события, которые обычно доставляют радость и удовольствие;

повторяющиеся ранние пробуждения (на два и более часа раньше, чем обычно);

усиление подавленности и депрессивных переживаний в утренние часы;

объективные данные о четкой психомоторной заторможенности или ажитации, отмеченные посторонним человеком;

выраженное снижение аппетита;

потеря массы (на 5% и более за последний месяц);

выраженное снижение либидо.

4. Триада Протопопова (симпатикотония):

тахикардия;

мидриаз;

запоры.

Причины депрессии. Этиология депрессий окончательно не выяснена. То обстоятельство, что некоторые эмоциональные нарушения проявляются как наследственные, дает основание думать о роли генетических факторов. Однако свидетельства о наследственности монополярной депрессии неубедительны.

Депрессивные симптомы могут утяжелять соматические заболевания, а также быть следствием так называемого экологического стресса — совокупного влияния экологических, психосоциальных и социально-экологических факторов, которые вызывают напряжение регуляторных механизмов, нарушение равновесия, снижение стойкости и повышение энтропийных процессов в физиологических системах организма [11–14].

Хотя корреляция между социальным статусом и депрессией отсутствует, существует заметная связь между социальным неблагополучием, социальным стрессом, социальной изолированностью и депрессивным состоянием.

Терапевтическая тактика при депрессивных расстройствах. Основными задачами лечения депрессивных расстройств являются: уменьшение

и дальнейшее полное купирование депрессивной симптоматики; восстановление социально-психологических и производственных функций больного на доболезненном уровне; сведение к минимуму риска вероятного обострения и повторного приступа [15].

В терапии депрессивных расстройств можно выделить два основных направления: психофармакологическое; психотерапевтическое.

Первое направление представлено специфической группой препаратов психотропного действия — антидепрессантами. Классификация антидепрессантов по химическому составу и клиническому спектру действия представлена в табл. 1 и 2.

В клинической практике, особенно в общесоматическом звене, до настоящего времени препаратами выбора остаются трициклические антидепрессанты (ТЦА). Однако применение их сопряжено с целым рядом побочных эффектов, связанных, прежде всего, с холинолитическими свойствами этих препаратов — это устойчивая тахикардия, экстрасистолия, повышение артериального давления, головокружение, запоры, тремор, увеличение массы тела и т. п.

Эти побочные эффекты существенно ограничивают возможность применения таких препаратов, как амитриптилин, у соматических больных, а предотвращение указанных осложнений ставит под вопрос дешевизну лечения. Наряду с этим один из компонентов действия ТЦА — седация — сегодня рассматривается как не имеющий отношения к антидепрессивному эффекту и снижающий уровень социального функционирования больного. Однако негативно эти побочные эффекты проявляются именно у больных соматизированными депрессиями, отличающихся повышенной чувствительностью к подобному действию этих препаратов, и сами по себе побочные эффекты «вплываются» или усиливают имеющиеся «физические» симптомы.

Кроме того, назначение ТЦА требует индивидуального подбора дозы до появления терапевтического эффекта. Опасность их применения в общесоматической практике обусловлена тем, что диапазон между терапевтически эффективной и токсической дозами у них невелик и, следовательно, требует осторожности в подборе дозы. В связи с этим в настоящее время средствами первого выбора при лечении депрессивных

Таблица 1

Антидепрессивные средства по химическому строению

Генерическое название	Минимальные дозы	Средние дозы	Максимальные дозы
<i>Трициклические антидепрессанты</i>			
Пипофезин	25–100	125–200	225–400
Амитриптилин	25–100 в/м + в/в 25–50	125–200 в/м + в/в 75–100	225–400 в/м + в/в 125–150
Доксепин	25–50 в/м + в/в 25–50	50–75 в/м + в/в 50–75	75–100 в/м + в/в 75–100
Имипрамин	25–75 в/м + в/в 25–50	100–250 в/м + в/в 75–100	250–400 в/м + в/в 125–150
Кломипрамин	25–75 в/м + в/в 25–50	100–225 в/м + в/в 75–100	250–300 в/м + в/в 100–150
Тианептин	12,5–25	37,5	50
Тримипрамин	25–125 в/м + в/в 25–50	150–250 в/м + в/в 75–125	275–400 в/м + в/в 150–200
<i>Тетрациклические антидепрессанты</i>			
Мапротилин	25–75 в/м + в/в 25	100–175 в/м + в/в 50–75	200–250 в/м + в/в 100
Миансерин	15–30	30–90	120
<i>Антидепрессанты другой химической структуры</i>			
Тразодон	75–150	225–450	525–600
<i>Селективные ингибиторы реаптейка серотонина</i>			
Пароксетин	10	20	40–80
Сертралин	50	50–100	150–200
Флувоксамин	50	100–200	250–400
Флуоксетин	20	20	40–80
Циталопрам	20	40	40–60
<i>Необратимые ингибиторы MAO</i>			
Ниаламид	50–75 в/м + в/в	100–400 в/м + в/в	450–800 в/м + в/в
<i>Обратимые ингибиторы MAO</i>			
Моклобемид	150	150–300	300–600
Пирлиндол	25–75 в/м + в/в 25–50	100–225 в/м + в/в 75–100	250–500 в/м + в/в 125–200

Таблица 2

Антидепрессивные средства по спектру
клинического действия

Действие	Генерическое название препарата	Торговые названия препарата
Преимущественно седативное	Тримипрамин	Герфонал
	Доксепин	Синекван
	Амитриптилин	Эликвел, амизол
	Тразодон	Триттико
	Миансерин	Леривон, миансан
	Флувоксамин	Феварин
Сбалансированное	Пипофезин	Азафен
	Мапротилин	Людиомил
	Тианептин	Коаксил
	Пирлиндол	Пиразидол
	Сертралин	Золофт
	Пароксетин	Паксил
Преимущественно стимулирующее	Кломипрамин	Анафранил
	Флуоксетин	Прозак, про-деп, портал, флуоксетин-акри, флуоксетин-никомед
	Моклобемид	Аурорикс
	Имипрамин	Мелипрамин, при-лойган, импрамин
	Ниаламид	Ниаламид

расстройств, особенно соматизированных, симптоматических и коморбидных вариантов, становятся антидепрессантами нового поколения — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Появление препаратов группы СИОЗС, позволяющих прицельно влиять на обмен серотонина, ответственного за регуляцию эмоционального состояния, дает возможность проводить лечение депрессий в общемедицинской практике.

Антидепрессанты данной группы избирательно и обратимо тормозят обратный нейрональный захват серотонина с высокой степенью селективности, мало влияя на захват норадреналина и дофамина, слабо действуя на холинергические и H_1 -рецепторы. С этим связано отсутствие у СИОЗС седативного и кардиотоксического эффектов. Отсутствие кардиотоксичности и ортостатического действия, свойственных ТЦА, и высокий терапевтический индекс делают их препаратами первого выбора при назначении соматически ослабленным пациентам и больным пожилого возраста.

Существенными преимуществами СИОЗС являются пероральный способ их применения, хорошая всасываемость, достаточно быстрое достижение максимальной концентрации в плазме крови (4–8 ч). Препараты этой группы обладают высокой степенью конформизма при сочетанном применении их со многими другими лекарственными препаратами, применяемыми в общемедицинской практике.

Клиническая эффективность СИОЗС оценивается по следующим критериям: степень редукции психопатологической симптоматики; быстрота редукции психопатологической симптоматики; со-

ответствие субъективного эмоционального спектра и поведенчески-аффективных реакций больного; динамика данных экспериментально-психологического исследования.

Оценка динамики состояния психической сферы больных показывает следующее. У пациентов, получающих СИОЗС, к 7-му дню наблюдается существенное улучшение субъективного спектра ощущений, повышаются настроение и активность. К 14-му дню терапии отмечается выраженное снижение астенической, тревожной, аффективной и депрессивной симптоматики, в частности: витальных компонентов депрессии и тревоги, утомляемости, слезливости, раздражительности, гиперестезий, беспричинных страхов или конкретных опасений в отношении состояния своего здоровья. У большинства больных купируются диссомнические расстройства, антивитальные переживания. К концу 4-недельного курса лечения практически полностью исчезают соматизированные проявления депрессии — болевые ощущения и соматовегетативные дисфункции.

Сохраняющиеся к концу курса в единичных случаях фрагментарные элементы тревоги и депрессии характерны для больных с ипохондрической симптоматикой и затяжной депрессивной реакцией, что обусловлено специфическими проявлениями патопсихологического развития личности. Поэтапная отмена препаратов в течение последующих 3–5 мес при катamnестическом наблюдении выявляет стойкую сохранность полученных результатов. Стабильность терапевтически эффективной дозировки практически снимает вопрос о необходимости индивидуального подбора лечения, что весьма удобно для врача общего профиля.

Преимуществом СИОЗС при назначении работающим больным является отсутствие седативного эффекта и снижения когнитивных функций, а также самостоятельное психостимулирующее действие. Опасения, что психостимулирующее действие может потенцировать у больных тревогу в случаях ее сочетания с депрессивной симптоматикой, в клинической практике не находит объективного подтверждения. При наличии тревожных компонентов необходимо назначение в течение первой недели лечения транквилизаторов бензодиазепинового ряда, что позволяет достичь быстрого седативного эффекта без тех осложнений, которые вызывают ТЦА.

Дополнительными клиническими мишенями препаратов группы СИОЗС могут служить следующие: панические расстройства, PTSD, тревога, депрессия, обсессии и фобии, импульсивно-компульсивные действия, агрессивное и аутоагрессивное (суицидное) поведение, токсикоманическая зависимость, боль, нарушение сексуальной функции у мужчин, тошнота, рвота, бурление в животе, диарея, головная боль, анорексия, неврологический «серотониновый» синдром.

Применение второго терапевтического направления — психотерапевтического — должно быть последовательно-ступенчатым. Общим принципом в этом направлении должно быть последовательное повышение психотерапевтической активности по мере редукции депрессивной симптоматики.

Литература

1. Психіатрична допомога в Україні у 2001 році та перспективи її розвитку / Н.Г. Гойда, Н.П. Жданова, О.К. Напреенко, В.В. Домбровська // Укр. вісн. психоневрології.— 2002.— Т. 10, вип. 2 (31).— С. 9–12.
2. *Кутько І. І., Напреенко О. К., Козидубова В. М.* Афективні розлади // Психіатрія / Під ред. проф. О.К. Напреенка.— К.: Здоров'я, 2001.— С. 353–372.
3. *Напреенко О.К.* Депресія та тривога // Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я: Посіб. для поліпшення якості роботи / Під ред. проф. І. П. Смирнової.— К.: Здоров'я, 1999.— 165 с.
4. *Марута Н.А., Мороз В.В.* Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение).— Харьков: Арис, 2002.— 144 с.
5. *Голдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф.* Психиатрия в медицинской практике / Пер. с англ. А. Абессоновой, Д. Полтавца.— К.: Сфера, 1999.— 304 с.
6. *Ustun T.V., Sartorius N.* Public Health aspects of anxiety and depressive disorders // Int. Clin. psychopharmacol.— 1993; 8:15–20.
7. Depression Guideline Panel. Clinical Practice Guideline № 5. Depression in Primary Care. Vol. 1. Detection and Diagnosis.— Rockville. MD: US Dept of Health and Human Services, 1993.— Agency for Health Care Policy and Research publication 93–0550.
8. *Подкорытов В.С.* Проблема депрессий в общесоматической практике / Арх. психiatr.— 2003.— Т. 9, № 1(32).— С. 69–71.
9. Depression Guideline Panel. Clinical Practice Guideline № 5. Depression in Primary Care. Vol. 2. Treatment of Major Depression.— Rockville. MD: US Dept of Health and Human Services, 1993.— Agency for Health Care Policy and Research publication 93–0551.
10. World Health Report. 2001. WHO.— Geneva, 2001.— 178 p.
11. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed.— Washington: DC American Psychiatric Association, 1987.— 567 p.
12. Depression and anxiety: an overview of preventive strategies / Ed. R. Jenkins // The prevention of depression and anxiety.— London: HM Stationary Office, 1992.— P. 145–157.
13. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике.— К.: Факт, 1999.— 272 с.
14. *Мосолов С.Н., Калинин В.В.* Некоторые закономерности формирования, коморбидность и фармакотерапия тревожно-фобических расстройств // Тревога и обсессии / Под ред. А.Б. Смулевича.— М., 1998.— С. 217–228.
15. *Маляров С.А., Демченко В.А., Витебская Т.В.* Проблема выбора базовой терапии биполярного расстройства I типа // Арх. психiatr.— 2003.— Т. 9, № 1 (32).— С. 31–38.

Поступила 02.07.2003

THE PROBLEM OF DEPRESSION IN GENERAL SOMATIC PRACTICE

B.V. Mikhailov

S u m m a r y

The definition, causes, diagnostic criteria of depressive disorders are featured. High incidence of depressions and their complications in contemporary society are shown. Recommendations on their diagnosis as well as treatment of the patients with depressions at the primary level of health care are given.