

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Н.А. Корнетов**

**СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РАСПОЗНАВАНИЮ,  
ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ  
И ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДОВ**

**Актовая лекция**  
*( г. Томск, 21 января 2014 г.)*

Томск  
Сибирский государственный медицинский университет  
2014

УДК 616.89-008.454.441.44-08

ББК Р 64.324

К 673

К 673      Корнетов Н.А. Современный подход к распознаванию, терапии депрессивных расстройств и профилактике суицидов: Актовая лекция. – Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2014. – 56 с.

УДК 616.89-008.454.441.44-08

ББК Р 64.324

© Н.А. Корнетов, 2014  
© Сибирский государственный медицинский университет, 2014

## Раздел 1

# КОМОРБИДНОСТЬ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ: ПРЕОДОЛЕНИЕ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ПАРАДИГМЫ

Изменения диагностики расстройств настроения, которые ранее до 1980 года распределялись в трех диагностических категориях: «маниакально-депрессивный психоз», «аффективная психопатия» и «депрессивный невроз» в международных классификациях DSM-III (1980), DSM-III-R (1987), ICD-10 (1994), повлекли за собой иное понимание в осознании психических и поведенческих расстройств.

В числе новых диагностических групп Американской психиатрической ассоциацией, Всемирной психиатрической ассоциацией и ВОЗ было показано, что диагностическим ядром депрессивных расстройств является «большая депрессия» или «депрессивный эпизод» по МКБ-10. В настоящее время вышло новое американское руководство DSM-V (2013), в котором биполярные и депрессивные расстройства разделены жестче, чем в предыдущих классификациях, и теперь нет объединяющего их термина «аффективные расстройства настроения».

В диагностических руководствах ВОЗ используются дескриптивно-описательные критерии депрессивного эпизода, при рецидивировании которого диагноз меняется на рекуррентную (возвратную) депрессию: в научно-исследовательских критериях применены операциональные критерии. В результате так называемый маниакально-депрессивный психоз был выделен в отдельную диагностическую категорию и теперь имеет название «биполярное расстройство настроения», поскольку биполярная депрессия, сопровождающаяся маниакальными или гипоманиакальными эпизодами, требует иных терапевтических подходов. Если депрессивные расстройства в популяции составляют 5-6%, то биполярные аффективные расстройства распространены с частотой 1,0-1,2% (для сравнения шизофрения в популяции распространена до 0,8%).

В США и развитых европейских странах в связи прогрессом в области нейронаук, развитием нейробиологии, появлением

возможности нейровизуализации мозга *in vivo* у здоровых добровольцев произошло существенное ограничение, чтобы разделять депрессии по происхождению. Этиология депрессии неизвестна. В патогенезе теория моноаминового дефицита пока еще незыблема, несмотря на многочисленные попытки ее расшатывания.

Трансляционная медицина и персонализированный подход пока не дали определенных эндофенотипов и биомаркеров, которые бы маркировали депрессию.

Поэтому современное представление о депрессивном эпизоде основывается на основных и дополнительных операциональных критериях при клиническом понимании депрессии. Появление новой генерации селективных сертонинергических антидепрессантов на фоне реформ в сфере охраны психического здоровья позволили сблизить неинфекционные соматические заболевания и психические расстройства, что позволило сделать следующие выводы:

1. Основные следствия прогноза «общего бремени болезней» с проекцией до 2020 года Гарвардской школы здравоохранения от имени ВОЗ и Всемирного банка показали, что депрессия выйдет на второе место после сердечно-сосудистой патологии к 2020 г.

2. Нелеченные депрессивные расстройства являются выраженным фактором суицида, алкогольной зависимости, безработицы.

3. Большая депрессия (депрессивный эпизод) дает максимальные показатели нетрудоспособности, более чем в два раза превышающие такие распространенные причины инвалидизации, как железодефицитная анемия, хроническая обструктивная болезнь легких, остеоартриты и др.

4. Среди основных психических расстройств депрессия также занимает ведущее место по частоте утраты трудоспособности (17,2%) и затруднению в выполнении широкого круга социальных, производственных, семейных и личностных функций.

5. Депрессия является серьезным медицинским заболеванием, которое ложится тяжелым психофизическим грузом на пациента, его родственников, здравоохранение и общество в целом.

По последним данным ВОЗ (2010), в Российской Федерации средняя продолжительность жизни при рождении составляет 62 года для мужчин и 74 года для женщин (ООН, 2005, 2010). Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении составляет 55 лет для мужчин и 74 года для женщин (UNPD, 2010). Россия занимает,

по разным оценкам, от 6 до 10 места в мире по объёму ВВП, но лишь 53 место в расчёте на душу населения. Общий объем расходов на здравоохранение 5,44 %.

Уровень самоубийств среди мужчин составляет 53,9 на 100 000 населения и для женщин - 9,5 на 100 000 населения.

По оценкам ВОЗ, на долю психоневрологических расстройств приходится 15,6% от глобального бремени болезней ( ВОЗ , 2008).

Учитывая слабое распознавание депрессий не только в первичной медицинской сети, но и в психиатрической практике нами была создана программа РАДЕП – распознавание депрессий в Сибирском регионе с проекцией на Российскую Федерацию и запросы Украины.

Программа основывается на следующих общих положениях и идеях:

- 1) прогнозе Гарвардского университета совместно с ВОЗ о нарастающем бремени болезни большой депрессии в течение будущих 20 лет;
- 2) идеях сотрудничества между учреждениями первичной сети и службой охраны психического здоровья;
- 3) включении гуманитарных и экономических последствий группы неинфекционных заболеваний;
- 4) переориентации на предупреждение инвалидизирующих заболеваний и преждевременной смертности;
- 5) следовании международным стандартам диагностики и терапии депрессивных расстройств;
- 6) следовании образовательному алгоритму WPA/PTD по программе «Депрессивные расстройства I-IV модули»;
- 7) супервизии от WPA и представления планов и отчетов.

Одним из направлений являлось исследование коморбидности депрессивных расстройств с соматическими заболеваниями.

**Целью** работы явилось выявление распространенности депрессивных расстройств в общемедицинской практике, внедрение в соматическую сеть современных диагностических и терапевтических стандартов и превенция суицидов.

Опыт работы нашей группы в 118 медицинских учреждениях 24 городов России и Украины показал, что эти программы, независимо от принадлежности врача к определенной специальности, еще до начала их проведения оцениваются по анонимному вопроснику в 97,5% случаях как «очень важные» и «важные». Около 45% врачей других специальностей готовы применять современные

антидепрессанты при формировании навыков распознавания ДР при условии, что главные врачи и работники статистических отделов их учреждений будут оказывать поддержку терапии депрессии, а не сопротивление или запрещение своими авторитарными решениями. Необоснованная установка, расходящаяся с приоритетными рекомендациями ВОЗ и программами наших известных исследователей по данной проблеме, а также первое крупное клинико-эпидемиологическое исследование ДР по программе «Компас» показало, что к терапевтам, кардиологам, неврологам обращается 45,1% пациентов, имеющих умеренные, минорные депрессии и депрессивные симптомы. Среди пациентов, прошедших скрининг по эпидемиологической шкале CES-D (общепринятая эпидемиологическая шкала для определения депрессии), 23,2% лиц имели >25 баллов, что указывало на высокую вероятность большой депрессии, требующей антидепрессивной терапии.

**Депрессию вместо антидепрессантов часто лечат анксиолитиками. Лечение анксиолитиками маскирует проявления депрессивных симптомов. Лечение депрессии анксиолитиками повышает частоту суицидов.**

Вместе с тем в рутинной практике многих врачей парадокс заключается в том, что при депрессии для лечения используются бензодиазепиновые препараты, которые вызывают наркотическую зависимость (F13.2). Они назначаются более чем широко, а антидепрессанты нового поколения с высокой эффективностью, безопасностью и отсутствием лекарственной зависимости рекомендуются крайне редко. Хотя во всех развитых странах они являются прямым показанием для ранней терапии легких и умеренных депрессивных эпизодов в общемедицинской практике или при сочетании соматического заболевания с депрессией. При всем уважении к инертности научного мышления и устоявшимся взглядам на терапию врачами-практиками, такое консервирование представлений не отвечает всем предпринимаемым попыткам переломить стиль пассивного восприятия в образовании. Крупные усилия предприняты А.Г. Чучалиным на XII Российском национальном конгрессе «Человек и Лекарство», который со своими соратниками и учениками настойчиво рекомендовал изменить подход к существующему медицинскому образованию. Современное

врачебное обучение должно отличаться динамичностью, интерактивностью, созданием четких, доказательно обоснованных диагностических и терапевтических алгоритмов, телемедициной. Поэтому кафедральный стиль монологичного представления учебного материала не соответствует современному потоку медицинской и психологической информации, которую мы обязаны донести врачам не только в виде знаний, необходима выработка навыков их использования.

### **Общемедицинское значение депрессивных расстройств**

Исследователи и клиницисты все чаще пишут о депрессии как о медицинском заболевании мультифакториального характера. Это положение можно поддержать данными клинической эпидемиологии, клиники и терапии ДР с учетом бремени болезни в ее сопоставлении с другими мультифакториальными заболеваниями (МФЗ). Как и другие МФЗ депрессивные расстройства, рассматриваемые в категории аффективных расстройств настроения (МКБ-10) имеют высокую распространенность в общей популяции 5-6 % за период в 1 месяц. По данным международного исследования, в 14 общемедицинских учреждениях амбулаторного уровня 12 стран более 10% с ДР обнаруживаются в первичной медицинской сети. Клинико-эпидемиологические исследования в дифференцированных популяциях больных с соматическими заболеваниями по различным стационарам общемедицинского профиля показывают наличие депрессивных расстройств у 22-33% пациентов с соматическими заболеваниями или требующими в связи с обострением госпитализации. При этом в странах, где развернуты программы для изучения диагностики и терапии ДР, до 50-80% пациентов лечатся у врачей общей практики. В других странах менее 5% всех больных, у которых диагностировано ДР, оказываются в поле зрения психиатра. В России эти цифры могут быть сопоставимы еще в виду слабой децентрализации психической службы и страхом стигмы перед старым образом психиатрической больницы.

## **Смертность от соматических заболеваний и депрессивные расстройства**

Длительное время службы общественного здравоохранения в своих подходах к организации медико-санитарной помощи ориентировались на показатели смертности от тех или иных заболеваний. В фокусе внимания медицинских учреждений, врачей и общества традиционно были болезни системы кровообращения, новообразования, болезни органов дыхания, пищеварения. Существенная доля смертности приходилась на инфекционные и паразитарные заболевания, перинатальную смертность и несчастные случаи от отравления и травмы с летальным исходом. В 1993 г. Гарвардская школа здравоохранения при сотрудничестве со Всемирным банком и ВОЗ помимо разработки наиболее полного и последовательного расчета, касающегося заболеваемости и смертности по возрасту, полу и региону, который когда-либо был подготовлен, произвела оценку глобального бремени болезни с помощью введения нового метрического показателя. Данный показатель характеризует годы жизни, скорректированные на инвалидность (DALY), и позволяет в количественном выражении определить бремя болезни.

**DALY – новый метрический показатель, который количественно характеризует общее бремя болезни.**

**DALY для определенного заболевания представляет собой сумму лет жизни, потерянных в связи с преждевременной смертностью в одной группе населения, и лет жизни, потерянных в связи с инвалидностью.**

**Новая методология оценки глобального бремени болезни позволила оценить вклад психиатрических расстройств в смертность и инвалидизацию.**

**Униполярная депрессия занимает первое место в качестве причины инвалидизации по показателю прожитых лет с инвалидностью.**

**Степень нарушения функциональных возможностей при выраженной депрессии сопоставима с таковыми при слепоте и параличи.**

Таким образом, DALY является новой методологией, позволяющей синтезировать всю информацию о воздействии преждевременной смертности и оценить разрыв между состоянием здоровья в настоящее время и в идеальной ситуации, при которой



теоретически каждый доживет до преклонного возраста без болезней и инвалидности.

В качестве интегрального показателя, который намного расширяет предыдущую статистику смертности и инвалидности, DALY для определенного заболевания представляет собой сумму лет жизни, потерянных в связи с преждевременной смертностью (YLL) в одной группе населения, и лет жизни, потерянных в связи с инвалидностью (YLD) для отдельных случаев какого-либо состояния. Новая концепция с определением глобального бремени болезни позволяет глубже оценить вероятностные причинно-следственные закономерности и связи между «здоровой» жизнью, инвалидностью и преждевременной смертностью при разных заболеваниях. Подобный подход в отношении нейропсихических расстройств становится доказательным в комплексных оценках преждевременной смертности.

Новые данные показали, что из 10 ведущих причин для показателя прожитых лет с инвалидностью (YLDs) 4 относятся к психиатрическим расстройствам. Эти 10 ведущих причин в процентах от общего числа составляют для обоих полов и всех возрастов следующее распределение (ВОЗ, 2001):

1. Униполярные депрессии - 11,9.
2. Потеря слуха во взрослом возрасте - 4,6.
3. Железодефицитная анемия - 4,5.
4. Хроническая обструктивная болезнь легких - 3,3.
5. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя - 3,1.
6. Остеартрит - 3,0.
7. Шизофрения - 2,8.
8. Падения - 2,8.
9. Биполярное расстройство. – 2,5.
10. Астма – 2,1.

Например, после подсчета бремени болезни униполярной депрессии и частот сочетания ее с такими заболеваниями как болезнь коронарной артерии, осложнениями в виде постинфарктного или постинсультного состояния, а также онкологическая патология, артериальная гипертензия, сахарный диабет коморбидность с ДР или скорее полиморбидность, учитывая системный характер поражения при соматических МФЗ, ведет к совокупной нетрудоспособности (co-disability), прогрессированию течения соматических заболеваний, к их более ранним осложнениям и смертности. При большой депрессии

исследование нарушенных функциональных возможностей оказалось сопоставимым с таковым при слепоте и параплегии. Пока эти данные еще не вошли в анализ причин смертности перечисленных тяжелых заболеваний, сочетающихся с ДР, но рано или поздно осознание значимости психических расстройств для здоровья отдельных граждан и общества в целом произойдет.

Исходя из многочисленных данных о распространенности, клинических и фармакоэкономических показателях депрессии, а также определения «веса» бремени болезней по прогнозируемому тренду до 2020 г. униполярная депрессия по базовому сценарию, скорее всего выйдет на 2-е место после сердечно-сосудистой патологии.

Общие представления об униполярной депрессии на современном этапе наших знаний для лучшего понимания масштаба проблемы могут быть представлены следующим образом:

- ДР является серьезным медицинским заболеванием, которое имеет широкое распространение по всем континентам, странам и встречается во всех возрастах с наибольшим пиком в трудоспособный период.
- Врачи всех специальностей постоянно сталкиваются с пациентами, которые страдают депрессивными расстройствами, и необходимость их распознавания и терапии диктуется врачебным долгом, поскольку ни одна психиатрическая служба никогда не сможет обеспечить лечение всех лиц, страдающих ДР.
- По высокой распространенности ДР именуется «неинфекционной эпидемией XXI века» и находится в одном ряду или более с частотой встречаемости с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, остеохондрозом, остеоартритом и др.
- ДР ложится тяжелым физическим, психическим и экономическим бременем на пациента, родственников и общество в целом. Депрессия ухудшает общее самочувствие, выполнение повседневных обязанностей и социальное функционирование в большей степени, чем хронические соматические заболевания.
- ДР ухудшает течение соматических заболеваний, усиливает их проявления, осложняет течение и снижает мотивацию пациента к выполнению реабилитационных программ, способствует нарушению предписаний врача и влечет за собой пренебрежение к своему здоровью.
- ДР в сочетании с тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями создает резистентность к их терапии, влияет на качество и продолжительность жизни.

- Депрессия и некоторые другие эмоциональные нарушения рассматриваются как независимый фактор риска ишемической болезни сердца, а при наличии ДР в постинфарктный период смертность увеличивается в 5 раз.
- Чувственные переживания при депрессии притупляются до такой степени, что достигают торможения «Я» во всех сферах человеческого функционирования. Страдающий депрессией человек лишен возможности наслаждаться приятными витальными эмоциями, высшими эстетическими и интеллектуальными чувствами. Он погружен в однообразные пессимистические мысли: избирательно-негативные или обобщающие катастрофические.
- ДР в 2 раза чаще заболевают женщины, чем мужчины. У женщин депрессии значимыми пиками наблюдаются при предменструальном расстройстве настроения, нарушают менструальный цикл при тяжелом течении депрессии с соматическим синдромом. ДР часто возникают в послеродовой и в перименопаузальный периоды.
- Неадекватное лечение ДР способствует его хронизации или периодической повторяемости все с большими периодами нетрудоспособности, а также переводу заболевания в персистирующее длительное течение.
- Неверная диагностика ДР влечет за собой увеличенный риск суицида и неправильный лечебный подход особенно в виде назначения субпороговых доз антидепрессантов или бензодиазепиновых препаратов. Гипнотики и седатики при длительном применении формируют выраженную зависимость и ухудшение краткосрочной памяти.

### **Определение коморбидности (соболезненности)**

Понятие коморбидности (comorbidity) возникло в Северной Америке, впервые его предложил A.R. Feinstein. Он вкладывал в этот термин представление о наличии дополнительной клинической картины, которая уже существовала или может появиться самостоятельно помимо текущего заболевания и отличается от него. Коморбидность особенно широко дискутируется по поводу различия депрессивных и тревожных расстройств, ввиду постоянного сочетания симптомов обеих групп, которые часто затрудняют их отнесение к тревожным или депрессивным расстройствам. К настоящему времени крупномасштабные эпидемиологические исследования в многих странах и на разных уровнях организации дифференцированных популяций с применением серьезных

статистических расчетов показали, что треть всех текущих заболеваний отвечает большим диагностическим критериям, чем одно расстройство. Данные многих исследований показали, что особенно важно рассматривать соболезненность двух и более независимых заболеваний, возникающих в течение жизни (life time). Наряду с этим выделяется коморбидность, как наличие более чем одного расстройства у человека в определенный период жизни – модель, ориентированная на дискриптивные диагностические классы, и модель коморбидности, рассматривающая относительный риск человека с одним заболеванием (расстройством) приобрести другое расстройство.

**КОМОРБИДНОСТЬ (соболезненность) - сочетание двух или нескольких самостоятельных заболеваний или синдромов, ни один из которых не является осложнением другого, если частота этого сочетания превышает вероятность случайного совпадения. Коморбидность может быть связана с единой причиной или едиными механизмами патогенеза этих состояний.**

**Определенные соматические заболевания связаны с депрессивными расстройствами:**

- **соматические заболевания могут предрасполагать к депрессивным расстройствам;**
- **депрессивные расстройства могут повышать вероятность возникновения соматического заболевания;**
- **у человека, страдающего одновременно соматическим заболеванием и депрессивным расстройством трудно определить причинно-следственные связи.**

Итак, коморбидность не является артефактом, нетипичным явлением или определенным мифом и модой. Она не подрывает систематику заболеваний, представленных в МКБ-10, а, наоборот, дает основание к дальнейшему развитию общей классификации болезней. Коморбидность является клинической реальностью, которая затрагивает не только психиатрические расстройства, но имеет значение и для соматических заболеваний. В настоящее время широкое понимание коморбидности, когда в определенный период сосуществуют два заболевания: соматическое и психическое, существует большая вероятность углубиться в их проблемы причинности, преодолевая дуалистические представления о соотношении сомы и психики.

## **Коморбидность соматических заболеваний и депрессивных расстройств**

Декарт постулировал двойную сущность человека, согласно которой психика и сома существуют отдельно. Проекция этого утверждения в биомедицинских и гуманитарных науках исторически часто доходила до радикального противопоставления одного и другого, что далеко не всегда являлось конструктивным, а иногда и деструктивным. Двойной параллелизм ограничивает интерпретацию новых данных в рассмотрении вопросов о биосоциальной сущности человека, консервирует линейно-детерминистские представления о причинности заболеваний, сдерживает нондуалистические пограничные науки в познании человека, такие как психонейро-эндокринология, психонейроиммунология, учение о конституции в ее соматопсихической целостности и структурно-функциональном единстве. Не разделяя психическое и телесное, очевидно, можно более отчетливо понимать, что психические феномены и процессы, присущие всему организму, не могут существовать без его нейробиологических основ. Конечно, психические процессы не сводимы к клеточным компонентам мозга, хотя ответственность многих структур имеет дифференцированное влияние.

**Психосоматический дуализм строго разделяет психическое и телесное (разум и материю) и удерживает биомедицинскую модель с ее линейно-детерминистскими взглядами на болезнь.**

**Биомедицинский подход в прошлом целиком определял медицинскую науку.**

**Биомедицинский подход центрирован на болезни и ориентирован на оценки дефекта от нее.**

**Монизм определяет единство соматического и психического, единую сущность человека, развивает целостный подход на основе новой биопсихосоциальной модели медицины.**

**Биопсихосоциальный подход предполагает равнозначную значимость психологических и социальных факторов наряду с биологическими.**

**Биопсихосоциальный подход делает акцент на психологии здоровья и возможностях интегративного воздействия по предупреждению и лечению психических и соматических заболеваний.**

На современном этапе известно, что психические свойства являются продуктом нейронных процессов в центральной нервной

системе и влияют на физическое состояние. Еще более изящное единство организменных и психических процессов на всех иерархических уровнях может быть объяснено через феномен переживания, которое является новым качественным образованием при сложении соматического и психического. Феномен переживания в этом случае упорядочивается в обеих системах отношений для описания жизненных процессов или болезней и расстройств на более высоком уровне единого психофизического состояния. Высказанные положения представляют не только академический интерес, поскольку они крайне необходимы для медицинского образования и ежедневной клинической практики. С этой точки зрения может возникнуть масса взглядов и мнений, если не придерживаться правил доказательной медицины. Так или иначе реальные частоты сочетания соматических заболеваний и психических расстройств, как было указано, далеко превосходят как общепопуляционную, так и их сопряженность в первичной медицинской сети. Если из этого мы можем сделать вывод о необходимости поиска причинности такого частого сочетания, то возможно в практическом отношении коморбидность соматических заболеваний и психических расстройств можно рассматривать в качестве одной из парадигм целостного подхода, постулирующего старый и добрый тезис: «Лечить больного, а не болезнь».

<b>Традиционный терапевтический подход</b>	<b>Терапия, ориентированная на преодоление болезни</b>
Ищет дефекты и недостатки	Ищет способности и возможности
Нацелен на обнаружение патологии	Нацелена на поддержание здоровья
Считает, что люди создают проблемы и оказывают сопротивление	Считает, что люди действуют из лучших побуждений и готовы сотрудничать
Терапевт сосредоточен на диагнозе	Терапевт поощряет малейшие изменения, которые могут

	привести к переменам
Терапевт выступает в роли «эксперта»	Терапия представляет собой сотрудничество – важен опыт, как терапевта, так и пациента
Характерна ориентация на прошлое	Характерна ориентация на настоящее и будущее
Терапевт ищет и находит препятствия	Терапевт ориентирован на изменения

Коморбидность – это не только модель для клинического понимания определенных независимых заболеваний, которые наблюдаются у человека. Связь между соматическими и психиатрическими заболеваниями имеет значительный интерес для здравоохранения. Психические расстройства усложняют диагностику у соматического больного. Врачи непсихиатрических специальностей часто не могут распознать симптомы депрессии, поэтому лечение только соматического заболевания не будет окончательно успешным, поскольку ДР значительно снижают качество жизни, препятствуют адекватному действию соматотропных препаратов и заставляют этих пациентов проходить множественные обследования, которые существенно поднимают государственные и личные затраты граждан.

Отдельным вопросом являются увеличенные риски смертности для соматического заболевания. Во-первых, они могут быть связаны прямыми отношениями, исходящими от психиатрических расстройств (например, сочетание алкогольной зависимости и ДР со значительным повышением риска самоубийства). Во-вторых, могут быть косвенные отношения, когда в результате ДР наблюдается пренебрежение к своему здоровью, неправильный образ жизни, гиподинамия, употребление алкоголя с вредными последствиями, поздняя госпитализация. Отношение между неблагоприятным течением и смертностью при хронических соматических заболеваниях и сопутствующей депрессией многократно возрастает при наличии ишемической болезни сердца, которая сочетается с цереброваскулярной деменцией и высоким риском инфаркта и инсульта. В данном случае полиморбидность приводит к

нетрудоспособности, что усиливает общую тенденцию к неблагоприятному прогнозу и исходу. Одним из клинических примеров может являться следующее развитие коморбидной патологии: пассивный образ жизни способствует бездеятельности и перееданию, в результате чего может развиваться сахарный диабет. Со временем диабет способствует возникновению ДР и развитию сосудистого процесса в головном мозгу.

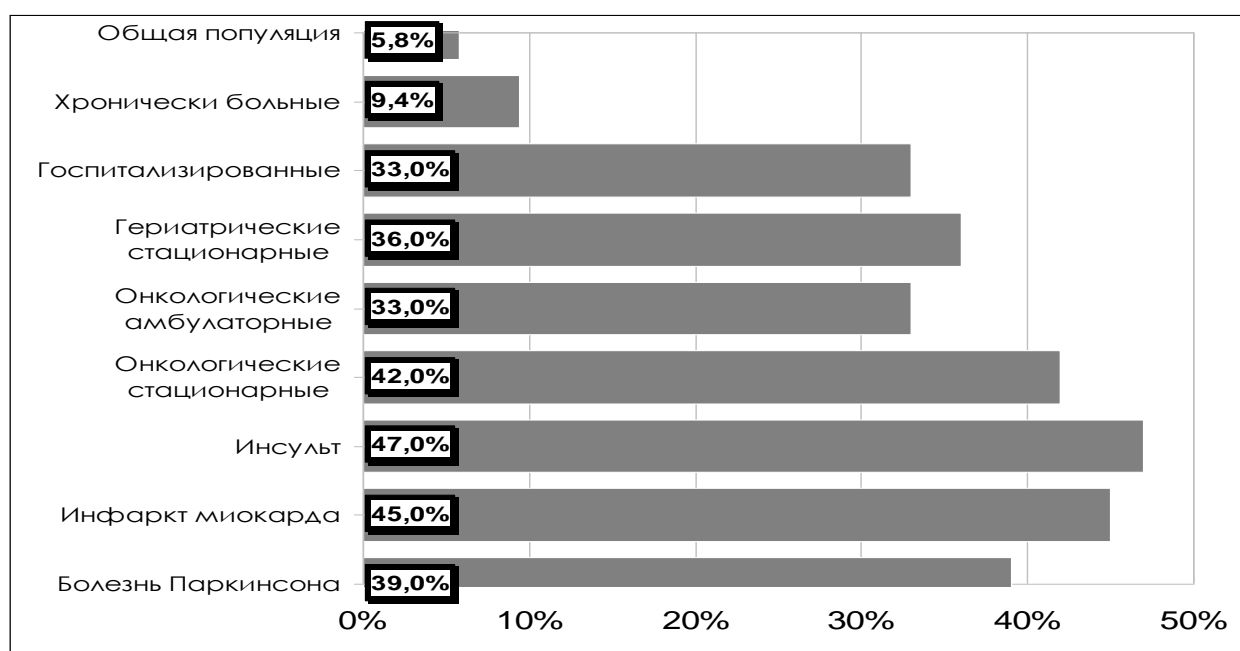


Рис. 1. Распространенность депрессивных расстройств у пациентов, страдающих соматическими заболеваниями (WPA/PTD,1996)

Депрессивное расстройство по мере развертывания симптоматики приводит к пренебрежению соблюдения правил гигиены и приема препаратов, связанных с диабетом. Разрушение комплайенса, в свою очередь, приводит к декомпенсации диабета, который может вызвать инсульт. После инсульта часто развивается деменция, требующая значительного вклада во внешний уход. D. Goldberg акцентировал внимание на том, что в классификации болезней следует принимать во внимание сложные отношения, существующие между соматическими заболеваниями и психиатрическими расстройствами.



## Эпидемиологические данные коморбидности

Помимо наличия депрессии в семье и в анамнезе пациента к основным факторам риска ДР относятся и соматические заболевания. У значительной части соматических больных не развиваются угнетение и подавленность, вызванные соматическим заболеванием. Приведенная частота встречаемости ДР на рисунке 1. при некоторых заболеваниях, а также распространенность депрессивных расстройств при других, описанных далее медицинских состояниях и болезнях позволили сделать два важных вывода. Первый из них заключается в том, что такие симптомы как снижение энергичности, утрата удовольствия, слабость, снижение аппетита не могут быть объяснены соматическим заболеванием. Появление затрудненного мышления, нарушения внимания и склонность к сомнениям с нарастающим чувством неполноценности и переживанием своей ненужности не являются психологически понятной или депрессивной реакциями на болезнь.

Депрессивное расстройство является самостоятельным независимым клиническим состоянием, а соматическое заболевание и сопутствующие контекстуальные факторы могут выступать проявляющими механизмами в развитии ДР и, наоборот, соматические заболевания могут развиваться под влиянием тех системных сдвигов, которые наблюдаются при депрессии. При выделении основных положений, которые следует рассматривать у соматически больных с депрессивными синдромами, первыми и четко прослеженными данными являются наиболее высокая частота и характерность депрессивных симптомов при соматических заболеваниях. Во-вторых, учитывая общую демографическую тенденцию, вероятность развития депрессивных расстройств будет нарастать по мере увеличения продолжительности жизни. В-третьих, депрессивные расстройства обостряются или развиваются вместе с соматическим заболеванием, неизбежно влекут за собой нарастание психосоциальной дезадаптации пациента и препятствуют эффективному лечению основного заболевания.

По данным исследования суицидов, их частота более высока при наличии соматического заболевания, чем в общей популяции. Особенно часто самоубийства совершаются при терминальных стадиях почечной патологии, онкологических заболеваниях, СПИД. Общие выводы многих специалистов в этой области сводятся к тому,

что депрессивные расстройства у соматических больных можно и нужно лечить, когда бы ни был поставлен диагноз. Чем более в отсроченный период начинается антидепрессивная терапия, тем значительно ухудшается прогноз течения и соматического заболевания, и депрессивного расстройства. Депрессию врачам других специальностей не следует расценивать как исключительно психиатрическое заболевание. Учитывая ее высокую распространенность ни одна специализированная психиатрическая помощь не сможет взять под контроль все случаи депрессии. Кроме того, как и при многих мультифакториальных заболеваниях на развитие и течение депрессивного расстройства оказывает влияние наследственность, нейробиологические и психосоциальные факторы. Личность человека и его семейные факторы, негативные жизненные события, например, потеря близкого человека, увольнение с работы, развод также могут проявить ДР. Многие исследования показывают, что определенные соматические состояния связаны с ДР. Соматическое заболевание может предрасполагать депрессивным расстройствам и наоборот, депрессивные расстройства способствуют развитию соматических заболеваний. Возможно, существует какая-нибудь общая причина: генетическая или средовая, которая обуславливает оба заболевания. Однако пока еще это является неразгаданной тайной, поэтому, с нашей точки зрения по-прежнему следует придерживаться термина «коморбидность», для сохранения более нейтрального понятия, пока не доказаны или не выявлены более тесные связи, которые могут претендовать на некие причинные механизмы. Так или иначе, когда человек одновременно страдает сопутствующим депрессивным расстройством и соматическим заболеванием, таким как сердечно-сосудистое, неврологическое, или эндокринологическое причинно-следственные связи между ними определить достаточно сложно. Между тем, именно такие сочетания ДР с многофакторными соматическими заболеваниями являются наиболее частыми. Приведем данные о некоторых достаточно изученных и известных вариантах коморбидности. Каждый врач в этом случае должен представлять себе, что в подобных сочетаниях требуются две линии терапии: основного соматического заболевания и сопутствующего депрессивного расстройства. Однако часто ДР могут предшествовать соматическому заболеванию и разворачиваться в более отдаленный период.

## Коморбидность соматических заболеваний и депрессивных расстройств при разных медицинских специальностях

Таблица 1

В неврологии	Постинсультный период в острой фазе	47-50%	<i>Starkstein S.E., Robinson R.G. 1989</i>
	Травматическое поражение мозга	≈20%,	<i>Kornetov N., Kataeva N. et al., 2005</i>
	Эпилепсия в зависимости от локализации	20-38%	<i>Prigatano G.P, Summers J.D, 1997</i>
	Болезнь Гентингтона	38%	<i>Currie S. et al., 1971 Burvill G.A. et al., 1995</i>
	Рассеянный склероз	18-27%	<i>Di Maio L., 1993 Okasha A., 2003</i>
В кардиологии	Постинфарктное состояние	16-22%	<i>Sapiro et al., 1997; Корнетов Н.А., Лебедева Е.В., 2002</i>
	Шунтирование коронарной артерии	40-50%	<i>Bass., 1984 Maj.M et al., 1993</i>
	Ранняя диагностика ИБС	17%	<i>Carnney et al., 1988</i>
В эндокринологии	Сахарный диабет	9-27%	<i>Goodnick P.A., 1997</i>
	Болезнь Адиссона	50%	<i>Cleghorn R.A. 1965</i>
	Гипертиреоз	30%	<i>Katho R.Gl, Delahunt J.T, 1986</i>
В онкологии	Хроническая боль	>15% 50%	<i>Degoratis L.R. et al., 1983</i>  <i>Корнетов Н.А., Жоров В.А., 2009</i>
	Поджелудочная железа	22-40%	
	Рот и глотка	13-25%	
	Ободочная кишка	13-25%	
	ЖКТ	34%,	
В акушерстве и гинекологии	Предменструальное расстройство настроения	3-8%	<i>Steiner M., 1996</i>
	Постнатальные депрессии	10-20%	<i>Christodoulou G.N. et al., 2002</i>
	Перименопаузальные депрессии	20%	<i>Christodoulou G.N. et al., 2002</i>

Консультативная психиатрия может внести достаточно квалифицированную помощь на первых затруднительных этапах диагностики и лечения ДР для врачей других медицинских специальностей. Представленные здесь данные далеко не исчерпывают коморбидность соматических болезней и депрессивных.

Нашей задачей в большей степени было желание показать, что оригинальная концепция коморбидности создает предпосылки именно клинического уровня уйти от метафорического образа кентавра, который выражает разделение телесного (соматического) и психологического (психического); природного и социального; духовного и материального; генетического и средового. Декартовское дихотомическое разделение является устойчивым конструктом, как общего европейского сознания, так и медицинского образования с последующим дуалистическим подходом к пациенту. При пока еще невосстановленной общей университетской системе образования мы одновременно являемся свидетелями и участниками гипертрофированности биомедицинских подходов, с одной стороны, и гуманитаризации образования – с другой. Последняя поднимает человека на такой пьедестал мифопоэтической духовности, с которого невозможно даже представить себе ее связь с природным началом.

**Адаптация человека к окружающей среде.** Психосоматический подход в его современном понимании более продуктивен в приложении и трактовке расстройств настроения при соматических заболеваниях. Триединство центральной нервной системы (ЦНС), нейроэндокринной и иммунологической систем обеспечивают адаптацию человека к окружающей среде. Поскольку в период соматических заболеваний равно как и при депрессивных расстройствах происходит значительная перестройка в функционировании этих систем, целесообразно кратко рассмотреть основные механизмы их взаимосвязанного функционирования. В настоящее время сочетанное медицинское и психологическое сопровождение соматического заболевания с депрессивным расстройством может быть более теоретически и практически в этом отношении обоснованно.

1. ЦНС благодаря корковой деятельности осуществляет контроль, расшифровку, интеграцию и передачу различных раздражителей, поступающих через сенсорные системы и рецепторный аппарат из

внешней среды. ЦНС в целом регулирует отношения между внутренней и внешней средой.

2. Лимбическая система является центральной системой висцерального мозга, которая оценивает и сравнивает с предыдущим опытом поступающие сигналы, отвечает за механизмы нейроэндокринных и эмоциональных реакций на стрессовые раздражители. Она также связывает кору головного мозга и гипоталамус.

3. Гипоталамус являет собой базальную часть межоточного мозга, его наиболее древнюю формацию и представляет собой эфферентное плечо висцерального мозга. Гипоталамус получает и интегрирует периферическую информацию с внутренней средой, поддерживающей общий гомеостаз; регулирует симпатическую активность и эндокринную секрецию. Он связан с гипофизом и контролирует высвобождение АКТГ в ответ на стрессовые раздражители.

4. Влияние нервной системы (НС) на эндокринную осуществляется через секрецию гипофизарных гормонов; на иммунную систему через секрецию нейропептидов (энкефалин, эндорфин) и вегетативный контроль лимфатических узлов.

5. Влияние эндокринной системы на НС осуществляется через гормоны; иммунная система влияет на НС через **иммуотрансмитеры**. Отношения между эндокринной и иммунной системами осуществляются через кортизол, пролактин и иммуотрансмитеры.

Приведенные данные о взаимоотношениях нервной, эндокринной и иммунной систем позволяют оценить преимущества оценки анализа соматических заболеваний и ДР в их психофизическом единстве. В настоящее время доказано, что в генезе униполярного депрессивного расстройства играет роль не только генетическая предрасположенность, но и наследственный фактор восприимчивости, который обуславливается поведенческими стереотипами, усвоенными в семье и частично многочисленными событиями, возникающими в жизни. Из этих положений следует, что нейробиологическая восприимчивость/уязвимость в совокупности с выраженными и повторяемыми психосоциальными стрессорами являются не только проявляющими (преципитирующими) факторами клинической депрессии или порождающими психогенные формы депрессивного реагирования, но она может играть значительную роль в возникновении депрессий при хронических соматических

заболеваниях. Специальные исследования показали, что нейро-эндокринные и психонейроиммунологические системные механизмы психобиологической реакции, при которой стрессорные механизмы мобилизации и защиты состояния дистресса в условиях проявлений клинической депрессии превращаются в их патогенез.

За последние 15-20 лет в сфере охраны психического здоровья произошли существенные изменения в подходах к оценке и терапии психических и поведенческих расстройств. Наибольший прорыв произошел в международных классификациях аффективных расстройств (DSM-III,1980; DSM-III-R, 1987; ICD-10,1992; DSM-IV, 1994), клинической эпидемиологии ДР в общей и дифференцированных популяциях; коморбидности ДР и соматическими заболеваниями; разработке доказательных стандартов тактики их введения и принципиально новых терапевтических подходов. Можно без всякого преувеличения охарактеризовать появление второго поколения тимоаналептических препаратов, которые значительно избирательнее к рецепторам, чем трициклические антидепрессанты с влиянием на серотонинергическую систему в головном мозгу «бархатной» революцией или последовательной эволюцией в фармакотерапии депрессивных расстройств в медицине. Относительно новая, но для многих врачей пока еще фармакологически неизвестная «большая пятерка антидепрессантов»: флуоксетин, сертралин, пароксетин, флувоксамин и циталопрам изменила современные возможности терапии расстройств настроения. Благодаря этим препаратам пациенты с депрессией могут безопасно и эффективно проходить лечение в амбулаторной сети при наличии у врачей навыков и знания современных стандартов терапии вполне. Терапия легких и умеренных депрессивных расстройств на ранних фазах их возникновения, имеет пока еще неопределимое значение. Врачебная деятельность, проводимая непсихиатрами опирается на научно-обоснованную и реальную возможность лечить ряд наиболее распространенных психических и поведенческих расстройств в общей медицинской практике. Специалисты в области фармакотерапии психических расстройств высказывают мнение о том, что антидепрессанты будут являться основными лекарственными препаратами в XXI веке.

### **Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС):**

- **антидепрессанты первой линии терапии депрессивных расстройств;**
- **высокая эффективность и безопасность применения при лечении различных депрессивных расстройств;**
- **удобство приема в фазах продолжающейся и противорецидивной терапии после перенесенного депрессивного эпизода;**
- **эффективность при депрессиях с булимией и навязчивостями;**
- **отсутствие противопоказаний в лечении депрессивных расстройств после инфаркта и инсульта;**
- **отсутствие антихолинергических эффектов, которые ранее препятствовали широкому применению антидепрессантов при депрессиях коморбидных с соматическими заболеваниями;**
- **низкий уровень взаимодействия с медикаментами, применяющимися в соматической медицине;**
- **отсутствие психической и физической зависимости, а также синдрома отмены после прекращения приема.**

В последние 20 лет во всем мире все более широко используются образовательные программы: «Депрессивные расстройства в общемедицинской практике» для врачей первичной сети, специалистов по различным медицинским отраслям (например, кардиологии, неврологии, акушерства и гинекологии, геронтологии, организации здравоохранения и т.п.). Эти программы также предназначены для медицинских сестер, клинических психологов, социальных работников, специалистов в области психиатрии. Модули этих программ были созданы лучшими экспертами WPA/PTD по данной проблеме из разных стран мира. Отечественная версия этих программ была издана на русском языке в 2002 г. нами. Приведенные данные показывают, что противопоставление соматических расстройств психическим нарушениям является непродуктивным для будущего развития клинической медицины. В контексте обсуждаемого нами вопроса, его клинических аспектов данная проблема представляет большой интерес в плане возможности поиска общего языка между специалистами в области клиники внутренних болезней, общей соматической практики и врачами, которые работают в сфере охраны психического здоровья: психиатрами, психотерапевтами, клиническими психологами. На это ориентируют и программы ВОЗ (2001).

При правильной оценке и понимании, что новые антидепрессанты и стандарты терапии дают широкие перспективы их адекватного внедрения в общую медицину требуется реализация образовательных программ в этой области знаний. Их следует проводить тренерам-экспертам, хорошо обученным в этой области, вместе с участием клиницистов соматической медицины. В таком случае данный подход может многое привнести в развитие целостной медицины и показать на практике значимость этой проблемы.

Только в силу многих традиций, искусно и искусственно возведенных организационными структурами здравоохранения охрана психического и физического здоровья существуют в двух параллельных и, в определенной степени, виртуальных мирах. Исходя из изложенного, если концепция коморбидности соматических и психических расстройств сможет внести вклад в снятие части проблемы психосоматического дуализма на клиническом уровне, то это будет началом изменений в подходах в клинической медицине.

### **Заключение**

Целостная антропологическая медицинская парадигма пока еще остается в тени существующих направлений и находится на периферии клинического мышления. Вряд ли можно ожидать в ближайшие годы существенного прогресса в этой области, поскольку слишком велика специализация и ориентация на патологию в современной медицине. Подчеркнем, что современная образовательная концепция медицины пока что не только не способствует, но и в существенной мере противостоит интеграции в медицинские знания. «Фигурными» или основными характеристиками для врача являются симптомы «болезни», а «фоновыми» – индивидуально-типологические характеристики, отражающие целостность и индивидуальность потенциального пациента с его биотипологией личности, особенностями метаболизма, динамикой онтогенеза и реактивностью организма. К сожалению, человеческий образ находится вне фокуса врачебной оценки и растворен в деталях до такой степени, что либо, он вообще игнорируется, либо выхватывается факультативная его часть, которая часто искажает общее представление о пациенте. О конституционально-биологическом ядре личности судят не по его



сущностным базисным характеристикам, а по некоторым актуальным текущим переживаниям.

Парадокс такого положения особенно очевиден, если обратиться ко всем видным отечественным клиническим школам раннего периода. В них всегда подчеркивалась необходимость знаний о конституции конкретного человека, его основных форм невербального поведения с учетом наследственно-генеалогического фона, его онтогенетической динамики развития и т.п. При такой последовательности клиническая практика существенно расширяется. Она позволяет увидеть больного, а не болезнь, а также определить уровень профилактических мер и необходимость врачебного вмешательства, что отвечает задачам биомедицинской и клинической антропологии.

**История развития медицины показывает, что новые знания, открытие закономерностей и клиническое мастерство особенно ярко проявляются после их антропологического орошения.**

Современная медицинская практика последних лет также показывает, что взаимодействие клиницистов разных специальностей способствует более широкому пониманию клинической картины болезни, как в аспекте ее проявлений на разных уровнях организации организма и личности, так и в связи с ее индивидуальным преломлением. Кроме того, совместная клиническая работа создает общий медицинский язык, например специалистов по внутренним болезням, психическим расстройствам и межличностной психотерапевтической коммуникации. Особенно ясно виден в настоящий период поворот интересов специалистов в области внутренних болезней, физиологии к проблемам личности, к психическим расстройствам и их соотношению с патологией. Очевидно это внимание к психическим закономерностям бытия человека не носит случайный характер, а отражает глубинную необходимость медицинских наук поиска соматопсихических и психосоматических взаимосвязей в их холистическом единстве.

Представленная общая тенденция не является единственным путем преодоления психосоматического дуализма, который начал выражаться в интеграции соматической и психиатрической медицины. С нашей точки зрения он может быть осознан через

признание роли психологических факторов в развитии многих соматических расстройств в более широком объеме через понимание, что сочетание психических и соматических болезней является закономерным явлением. Поэтому интегративно-антропологический подход с его принципами целостности, структурности и единства человеческой индивидуальности может явиться хорошей практической парадигмой для естественно-научной реализации концепции коморбидности соматических и психических расстройств и болезней в медицине для преодоления устаревшего биомедицинского подхода. История неоднократно показывала, что медицина, каждый раз постигая новые закономерности, достигает глубины новых знаний после их антропологического орошения.

## Раздел 2

### ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРВИЧНОЙ СЕТИ И ПРЕВЕНЦИЯ СУИЦИДОВ

#### Международные образовательные программы по депрессиям

Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА) и Международный комитет по профилактике и терапии депрессий (ПТД) при совместной работе лучших психиатров-экспертов в данной области создали три последовательных образовательных модуля, которые отражают все основные моменты в распознавании и лечении ДР в различных областях клинической медицины. Первый модуль этой выдающейся программы был издан в 1996 г. и включает в себя все необходимые основные интернациональные стандарты для постановки диагноза депрессивных расстройств и успешного их лечения. Вторым модулем (1998) посвящен коморбидности соматических заболеваний и депрессивным расстройствам. Он предназначен для врачей определенных медицинских дисциплин: кардиологов, онкологов, неврологов, акушеров и гинекологов, эндокринологов и др. В третьем модуле детально рассматриваются ДР в старшей возрастной группе. Он был издан в 1999 г. Четвертый модуль имеет специальное назначение в качестве общего введения и этапов тренинга, развития навыков врачей-интернов в распознавании и тактике ведения психических расстройств. Он опубликован в 2001 г. Все подготовленные тексты и материалы для обучения основаны на данных, полученных многими исследователями и клиницистами, которые работают и практикуют в разных странах мира, а врачи учатся правильно распознавать и эффективно лечить депрессивные расстройства. При поддержке проф. N. Sartorius & Global Geneva Initiative нашей научной группой были созданы российские версии этих модулей.

**Диагностика депрессии.** Ядром в современной клинической концепции депрессии является понятие «депрессивный эпизод» (ДЭ),

который может возникнуть практически у каждого 5 человека в течение жизни, в 20% случаев депрессии имеют тенденцию к рецидивированию, а в 30% возникают ее хронические формы. Диагностические критерии ДЭ, представленные МКБ-10 могут быть успешно использованы клиницистами различных специальностей в связи с «тривиализацией» психиатрической терминологии. Диагностический порог для степени выраженности депрессии определен количеством симптомов и дополнительных признаков, которые должны отвечать определенному критерию продолжительности. В современной классификации больше не противопоставляются «эндогенные» и «невротические» депрессии, поскольку в генез ДЭ вовлечены генетические, нейробиологические и психосоциальные факторы.

#### *ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА*

##### *I. Основные:*

- 1) сниженное** (подавленное, угнетенное, тоскливое) **настроение;**
- 2) утрата интересов и удовольствия** к вещам и деятельности, которые ранее были приятны;
- 3) снижение энергии,** которое приводит к повышенной утомляемости и уменьшению активности.

*Примечание: эти типичные симптомы должны длиться не менее двух недель, сохраняться ежедневно и занимать большую часть дня. Они несвойственны данному конкретному человеку по их степени выраженности, нарушают привычный стиль жизнедеятельности, и не соответствуют по степени тяжести реальным жизненным обстоятельствам. Наличие двух из этих трех типичных проявлений ДЭ достаточно для диагностики легкого и умеренного эпизода в сочетании с другими симптомами депрессии, а все три часто в выраженной степени присутствуют в случае тяжелой депрессии и комбинируются с особо выраженными дополнительными ее признаками.*

##### *II. Дополнительные:*

К частым симптомам депрессии относятся:

- 1) затруднение мышления;**
- 2) сниженная способность к сосредоточению и концентрации внимания;**
- 3) заниженные самооценка и чувство неуверенности в себе (неполноценности);**

- 4) идеи виновности и уничтожения (даже при легком типе эпизода);
- 5) мрачное и пессимистическое видение будущего;
- 6) мысли или действия, связанные с самоповреждением или суицидом;
- 7) нарушенный сон

*Примечание: в некоторых случаях тревога и беспокойство могут быть более выражены, чем депрессия. Депрессия может также маскироваться другими психическими и поведенческими характеристиками: раздражительностью, чрезмерным употреблением алкоголя, истерической экспрессией, обострением предшествующих фобий или навязчивых симптомов, возможны ипохондрические идеи.*

### **III. Специальные:**

**Особое клиническое значение имеют соматические (синонимы: «биологические», «витальные», «меланхолические», «вегетативные», «эндогеноморфные») симптомы депрессии, в перечень которых включается 8 признаков:**

- 1) утрата интересов и удовольствия к привычно приятной деятельности;
- 2) утрата эмоциональной реакции на окружение и события, которые обычно доставляют радость или удовольствие;
- 3) повторяющиеся ранние пробуждения (за два и более часа, чем обычно);
- 4) усиление подавленности и депрессивных переживаний по утрам;
- 5) объективные данные о психомоторной заторможенности или двигательном беспокойстве;
- 6) снижение аппетита;
- 7) потеря массы тела ( 5% и более за последний месяц);
- 8) выраженное снижение либидо

*Примечание: при наличии 4 и более из этих симптомов диагностируется соматический синдром ДЭ. Классификация построена так, чтобы соматический синдром был зарегистрирован теми врачами, кто хотел бы его выделить. Если он специально не выделяется, то ДЭ описывается всеми имеющимися симптомами без потери какой-либо клинически значимой информации.*

## Распознавание депрессий в общемедицинской практике

Пациенты с униполярной депрессией обращаются к врачам различных специальностей и предъявляют, прежде всего, жалобы на соматическое состояние. В связи с этим важно отметить, что наиболее часто предъявляются жалобы на тревогу, нарушения сна, астению, колебания кровяного давления, головные и телесные боли, общую разбитость, слабость и постоянное чувство общего недомогания, желудочно-кишечные нарушения, потерю массы тела. Люди склонны приписывать болезненное состояние каким-то внешним неблагоприятным обстоятельствам или соматическим болезням. Однако специальный опрос показывает, что общая разбитость или мнимое соматическое страдание являются проявлениями депрессивного симптомокомплекса.

Распознавание депрессии не является сложным при правильно поставленных открытых вопросах. После того, как врач даст возможность высказаться пациенту, поддерживая и проявляя заинтересованность в клиническом интервью, можно задать несколько прямых вопросов: «Как Вы спите?», «Чувствуете ли Вы себя отдохнувшим после сна?», «Какой у Вас аппетит?», «С интересом ли Вы работаете, увлекает ли Вас что-либо?», «В каком состоянии Ваши нервы?», «Можете ли Вы справиться с этим состоянием?», «Что Вы делаете для своего удовольствия?» Если на подобные вопросы пациент отвечает, что уже несколько месяцев он плохо спит, с трудом встает, ест потому что просто надо, сильно устает от работы, нервы совершенно не в порядке, а об интересах и удовольствии и говорить нечего, то совершенно очевидны основные симптомы ДР.

В меньшей степени врачи-интерны знакомы с психологическими признаками депрессии. Обычно в амбулаторной или стационарной соматической практике пациенты прямо не говорят о чувстве вины, неполноценности или низкой самооценке. Такие высказывания при нетяжелых депрессивных эпизодах делаются вскользь. Наиболее часто пациенты, особенно старших возрастных групп, высказываются о своей несостоятельности, беспомощности и неизлечимости, выраженных нарушениях памяти, утрате сообразительности, нарушениях внимания, невозможности сосредоточиться, склонности к сомнениям, которые иногда приобретают навязчивый характер. Затруднения в мышлении делают речь пациентов либо замедленной,

тихой при общей заторможенности, либо сбивчивой, суетливой, непродуктивной при беспокойстве. Важным моментом в определении тактики ведения являются вопросы, адресованные к мыслям о смерти или нежелании жить. Вопросы должны быть прямые, спокойные с выяснением существуют ли такого рода мысли. Если да, то часто ли они возникают? Были ли замыслы? Если да, то необходимо выяснить, что удерживало от суицидальных действий. Как правило, это чувство стыда, мысли о причинении вреда детям, мужу и т.п. При благоприятной семейной обстановке, понимании родственниками основных проявлений болезни пациента и его страдании, хорошем терапевтическом альянсе и нежелании консультации у психиатра, лечение может осуществлять врач любой специальности. Если депрессия носит тяжелый характер, суицидальные мысли достаточно серьезны, а сам пациент демонстрирует низкий уровень комплайенса, страдает дополнительно расстройством личности или алкогольной зависимостью, находится в неблагоприятных жизненных обстоятельствах, не имеет поддержки со стороны близких людей, то рекомендуется консультация психиатра.

### **Стандартный подход к терапии депрессий в клинической медицине**

Современная парадигма лечения ДР ориентирована на:

- на устранение симптомов депрессии;
- восстановление ролевых функций;
- профилактику рецидивов.

Изменения в подходах к лечению ДР прежде всего связаны с новым пониманием психологического, социального и экономического бремени депрессии для людей, которые страдают этим распространенным расстройством. Поскольку ДР чаще всего поражает людей трудоспособного возраста, а ее симптомы порождают чувство беспомощности, деморализации и безысходности, важно учитывать гуманитарные последствия этого психического расстройства.

Общий смысл и контекст исследований, обосновывающих раннее выявление и длительное лечение ДР, можно свести к следующим основным положениям:

1. Первичный эпизод униполярной депрессии независимо от внешних обстоятельств его возникновения, если он отвечает

диагностическим критериям МКБ-10, имеет риск рекуррентного эпизода в 75% случаев в течение первых пяти лет и 85% в течение девяти лет, при самом большом интервале светлого промежутка между первым и вторым депрессивным эпизодом.

2. Психосоциальные стрессоры имеют значение при провокации первого депрессивного эпизода в качестве «проявляющих» факторов, но непричинных, поскольку в дальнейшем часто наблюдается рекуррентность депрессивных расстройств.
3. Риск последующего депрессивного эпизода зависит от степени выраженности предыдущего, их количества и частоты возникновения; к 5-6 эпизоду увеличивается длительность периода депрессии. Уменьшается время светлого промежутка до года и менее.
4. Хронобиологические факторы: сезонность, суточная ритмика и предменструальные расстройства настроения увеличивают риск рекуррентности, равно как половые и возрастные нейробиологические факторы, включая накопление неблагоприятных жизненных стрессовых событий.

Считается, что после третьего приступа с наличием соматического синдрома терапия антидепрессантами должна быть неопределенно длительной.

Исходя из этих основных данных был пересмотрен подход к терапии ДР с ориентацией на продолжающееся и/или постоянное лечение предполагаемой или существующей рекуррентности заболевания против терапии текущего депрессивного эпизода. Основным смысл этой парадигмы лечения сопоставим с антибактериальной терапией хронических инфекционных заболеваний, когда врач планирует лечение антибиотиками первого и второго ряда в оптимальных терапевтических дозах, препятствуя хронизации инфекционного процесса в зависимости от резистентности или чувствительности. Данный подход имеет место и при лечении эпилепсии, гипертонической болезни, ИБС и других мультифакториальных заболеваниях. Наиболее четко за последнее время концепция лечения депрессивного расстройства, как склонного к рекуррентности хронического заболевания была сформулирована в трехфазной модели Kupfer.



РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ  
ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ТЕРАПИИ  
АНТИДЕПРЕССАНТАМИ

**WHO**

- средняя длительность терапии антидепрессантами – 6 месяцев после окончания депрессивного эпизода;
- через 3 недели после полного прекращения приема антидепрессантов, должно быть оценено психическое состояние пациента;
- если психическое состояние оценивается как хорошее, то повторные осмотры должны проводиться один раз в два месяца в течение полугода;
- профилактическая терапия рекомендуется для тех пациентов, кто перенес более чем один тяжелый эпизод ДР, особенно, если один или большее количество эпизодов отмечались за предыдущие 5 лет;
- для долгосрочной терапии в таких случаях предпочтительно использование того антидепрессанта, который вызывал ранее максимальный терапевтический эффект.

В первой «острой» фазе терапии после диагностики текущего депрессивного эпизода, установления максимально благоприятного терапевтического альянса с пациентом и проведения краткой образовательной программы с его родственниками назначается в оптимальной терапевтической дозе антидепрессант наиболее хорошо переносимый пациентом. Если в прошлом была успешной терапия определенным антидепрессантом, то повторный ДЭ следует лечить тем же препаратом в той же дозе. Первые явные признаки улучшения появляются к концу второй недели терапии. На 4-6 неделе 50% симптоматики от исходной исчезает, если пациент относится к респондерам. Выздоровление или ремиссия в среднем наступает к концу 12-14 неделям. После возникновения ремиссии наступает вторая фаза «продолжающейся терапии», которая в среднем должна длиться 4-9 месяцев. В случае высокого риска повторности рекомендуется эту фазу лечения увеличивать до 54 недель. Антидепрессанты в этой фазе должны применяться в той же оптимальной терапевтической дозе, которая использовалась в первой фазе терапии. Даже малейшее снижение дозы влечет за собой высокий риск возвращения симптоматики ДЭ.

Третья фаза терапии направлена на профилактику рецидивов. Она может длиться до 5 и более лет, если у больного отмечалось несколько депрессивных эпизодов.

**Основные группы антидепрессантов.** Наиболее детально описаны С.Н. Мосоловым. В качестве первой линии терапии ДР в общемедицинской практике используются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Они представлены 5 основными антидепрессантами: флуоксетин 20-60 мг/сут (прозак<sup>®</sup>), сертралин 50-150 мг/сут (золофт<sup>®</sup>, стимулатон<sup>®</sup>), флувоксамин 50-150 мг/сут (феварин<sup>®</sup>) пароксетин 20-60 мг/сут (паксил<sup>®</sup>), циталопрам 20-60 мг/сут (ципрамил). СИОЗС имеют разную химическую структуру, но в клиническом отношении они объединяются высокой эффективностью и безопасностью применения при лечении различных депрессивных расстройств. Они удобны для длительного применения во всех трех фазах терапии в связи с однократным приемом. Стартовая доза часто является и терапевтической. Шестой препарат этой группы СИОЗС с оригинальным строением появился сравнительно недавно. Он зарекомендовал себя безопасным и эффективным антидепрессантом – эсциталопрам (ципралекс<sup>®</sup>) СИОЗС отличаются также эффективностью при депрессиях с булимией и навязчивостями, не имеют противопоказаний в лечении ДР после инфаркта и инсульта; у них практически отсутствуют седативные антихолинергические и кардиотоксические эффекты, которые ранее препятствовали широкому применению антидепрессантов при депрессиях коморбидных с соматическими заболеваниями; обладают низким уровнем взаимодействия с медикаментами, применяющимися в соматической медицине; отсутствуют психическая и физическая зависимость, а также синдром отмены после плавного и постепенного прекращения приема препарата.

Три- и тетрациклические антидепрессанты: имипрамин (мелипрамин<sup>®</sup>), амитриптилин (эливел<sup>®</sup>), мапротилин (лудиомил<sup>®</sup>) несмотря на выраженные седативные, антихолинергические, гипотензивные и кардиотоксические эффекты также могут использоваться при длительной терапии в общемедицинской практике, но в дозах не ниже 100 мг/сут, так как субпороговые терапевтические дозы этих препаратов могут хронизировать депрессию или проявить тенденцию к суициду. Все перечисленные гетероциклические препараты назначаются с 15-25 мг/сут и

постепенно увеличиваются. Выше 150 мг/сут эти антидепрессанты в общей медицинской практике назначать вряд ли целесообразно. Миансерин 30-90 мг/сут (леривон<sup>®</sup>) также может использоваться в продолжительной терапии. Полную дозу всех приведенных антидепрессантов можно принимать один раз в день. Последние годы появились новые эффективные препараты, но они еще исследованы недостаточно.

Депрессивный эпизод по степени тяжести разделяется на три варианта:

- легкий – F 32.0;
- умеренный – F 32.1;
- тяжелый – F 32.2.

Для всех трех вариантов характерны сочетания ниже перечисленных симптомов, степень выраженности которых и их численность нарастает при увеличении тяжести депрессии.

Набор симптомов 1 уровня включает: сниженное (подавленное, угнетенное, слезливое, удрученное) настроение, несоответствующее реальным жизненным обстоятельствам, которое проявляется большую часть дня, практически ежедневно и не менее 2 недель. Эти симптомы мало меняются в зависимости от внешних обстоятельств. Выраженная утрата интересов и удовольствия от деятельности, которая обычно приносила удовольствие и была приятна. Снижение энергии, приводящее к повышенной утомляемости, снижению или утрате активности.

При легкой и умеренной депрессии присутствуют хотя бы 2 симптома первого уровня, и часто все три симптома наблюдаются при тяжелой депрессии.

Набор симптомов 2 уровня включает: затруднение мышления, сниженную способность к сосредоточению и концентрации внимания; сниженную самооценку и неуверенность в себе; идеи виновности и самоуничтожения; мрачное и пессимистическое видение будущего; мысли о смерти, суицидальные мысли, суицидальные действия или самоповреждающие действия; нарушения сна; снижение аппетита, либидо и активности в целом. При легкой степени депрессии присутствуют не менее 2 симптомов второго уровня без резкой их выраженности; при умеренной степени - 3-4 симптома второго уровня; при тяжелой - не менее 4 и более симптомов второго уровня, часть из которых резко выражена.

Набор симптомов третьего уровня (соматические симптомы депрессии) включает: утрату интересов и удовольствия к привычно приятной деятельности; утрату эмоциональной реакции на окружение и события, которые обычно доставляют удовольствие; повторяющиеся ранние пробуждения (за два и более часа, чем обычно); усиление подавленности и депрессивных переживаний по утрам; отчетливая психомоторная заторможенность или ажитация, отмеченная посторонним человеком; четкое снижение аппетита; потеря массы тела (5 % и более за последний месяц); выраженное снижение либидо.

При легкой (F32.00) и умеренной депрессии (F32.10) без соматических симптомов их наличие не обязательно или присутствуют несколько из них; при легкой депрессии с соматическими симптомами (F32.01) должны присутствовать 4 и более симптомов третьего уровня или 2-3 достаточно выраженных; при умеренной депрессии с соматическими симптомами (F32.11) должны присутствовать 4 и более симптомов третьего уровня или 2-3 необычно тяжелой степени; при тяжелом депрессивном эпизоде (F32.2) предполагается наличие всех соматических симптомов третьего уровня (полный набор симптомов соответствует представлениям о меланхолическом синдроме).

Социальная продуктивность и активность при легкой депрессии снижается; при умеренной – значительные трудности в выполнении социальных обязанностей, домашних дел, в продолжении работы; при тяжелой – деятельность крайне ограничена, возникает полная неспособность, затруднение ухода за собой. В некоторых случаях тревога, отчаяние и ажитация выражаются резче, чем депрессия. Депрессивный эпизод всех трех степеней может быть диагностирован в более короткий срок, чем две недели, если симптомы необычно тяжелые и наступают быстро.

С другой стороны во врачебной и психотерапевтической практике также имеется тенденция недооценивать тяжесть переживаний депрессивного пациента. Вероятно частично это объясняется тем, что в обществе отдельные депрессивные симптомы и переживания неопределенности в связи с совокупностью сложных социально-экономических и психологических условий жизни, базовые потребности человека не получают в большом числе случаев настоящего удовлетворения в силу их постоянной фрустрации.

В ходе проведения образовательных программ ВПА/ПТД по распознаванию и терапии депрессивных расстройств в разных городах России, врачи общей медицинской практики и психиатры часто сообщали о случаях непонимания друг друга и нераспознавания депрессии в ситуации консультативного амбулаторного приема пациентов с депрессивными симптомами. Чтобы избежать проблем, возникающих у пользователей психиатрических, общемедицинских, психологических или социальных услуг, необходимо развитие полипрофессионального партнерства независимо от принадлежности к ведомству.

На практике на первом этапе очень важно оценить структуру переживания пациента. Диагностический процесс и его конечная цель складываются из внимательного анализа субъективных жалоб, переживаний пациента и умения объективно проанализировать значение каждого симптома. В период диагностической оценки важно учесть субъективную и объективную компоненты проявления симптомов и удержаться в пределах клинической диагностики без априорной установки на преобладающие субъективные представления пациента или собственные предположительные клиничко-этиологические предпочтения. Например, будет неверным предположение о том, что длительное сниженное настроение, как считает пациент, обусловлено соматическим заболеванием и его тяжелыми для жизни последствиями, также как и мнение врача о том, депрессивная реакция является естественной в медицине на тяжелое соматическое заболевание. И в том, и другом случаях следует определить пороговое значение депрессивных симптомов, выделить главные из них и дополнительные, о которых указано выше.

**Приоритет психологической интервенции.** Современный биопсихосоциальный подход постулирует, что целью лечения являются не только и не столько устранение симптомов, но и возвращение социально-ролевых функций: семейных, профессиональных, межличностных и др. В связи с необходимостью длительного лечения ДР, пациент всегда будет нуждаться в некоторой образовательной программе по поводу понимания признаков депрессии и ее лечения, а также психосоциальной помощи. Контекстуальные факторы и жизненные обстоятельства необходимо постоянно обсуждать с пациентом и помогать ему составлять множественные жизненные выборы. По оценкам многих пациентов, перенесших умеренную депрессию, возвращение к полноценной

жизни, полному контролю за своим состоянием и выздоровление на 70-80% определяется психотерапией и на 20-30% антидепрессантом в случае сочетанной психо-и фармакотерапии. Хотя фактически многие исследования и руководства по психиатрии показывают обратное соотношение, такую оценку пациентов все же следует учитывать достаточно серьезно, поскольку современные возможности психотерапии все более и более возрастают. Можно выделить три линии психологического вмешательства, которое может осуществляться как на уровне психологического консультирования, так и специальных техник психотерапии: эмпатия, образовательная программа по контролю над симптомами и правилами лечения, терапия контекстуальных факторов или следовых переживаний, имеющих травматическое содержательное и эмоциональное выражение в актуальном состоянии.

**Правила антидепрессивной психофармакотерапии.** Опыт показал, что в специализированной клинике по аффективным расстройствам переход врачей на монотерапию ДР достаточно длительное и кропотливое дело. Однако его исход превосходит многие ожидания. Возрастает уверенность и самооценка медицинского персонала отделения, улучшается терапия средой и удельный вес психотерапевтических вмешательств, развивается партнерство с пациентами, которые не испытывают последствий седативных эффектов. Одним из основных правил в лечении пациентов одним антидепрессантом является терпеливость врача, его уверенность в положительном эффекте и многодневные повторения необходимости длительного приема препарата. Этот образовательный стереотип крайне необходим пациентам ввиду последующей необходимости приема препарата в амбулаторных условиях.

Поскольку в настоящее время еще недостаточно развита система консультативной психиатрии в первичной медицинской практике, желательно общую стратегию тактики ведения закреплять за специалистами, имеющими практические навыки длительной терапии депрессивных расстройств современными антидепрессантами. Некоторые трициклические антидепрессанты очень эффективны в острой фазе лечения. Однако их применение при соматических заболеваниях и в старшей возрастной группе должно быть ограничено ввиду кардиотоксического действия, опосредованного

через ряд побочных эффектов: постуральная гипотензия, тахикардия, увеличение веса при длительном приеме и др.

СИОЗС являются препаратами первой линии терапии при сердечно-сосудистой патологии. Их преимущество с минимальной терапевтической дозой (например, флуоксетин – 20 мг/сут или сертралин 50 мг/сут утром во время еды в однократном приеме) является обычной практикой, а новый мелатонинергический антидепрессант – агомелатин (вальдоксан) может использоваться как препарат выбора (25 мг/сут) в этом лечении, особенно при нарушениях сна.

**Коморбидность депрессивных и других психических расстройств.** Депрессия часто сочетается с тревожными, навязчивыми, паническими, расстройствами, патологией личности и алкогольной зависимостью также как и сочетание соматических заболеваний с клинической депрессией. Многие из этих факторов выступают в качестве «поддерживающих» депрессию или углубляющих пренебрежительное отношение к своему здоровью, увеличивает риск суицида, что может препятствовать назначению определенных антидепрессантов. Полипрагмазия в данных случаях может дать обратный эффект ожидаемому результату от лечения. Важно иметь сведения о фармакокинетических параметрах препаратов, чтобы избегать их отрицательного для индивида взаимодействия. Например, СИОЗС мало взаимодействуют с сердечно-сосудистыми препаратами. Они терапевтически показаны при тревожных, обсессивно-компульсивных расстройствах, а также в связи с этими терапевтическими особенностями при алкогольной зависимости на этапе воздержания.

**Факторы, влияющие на результаты лечения депрессии.** Хорошая реакция на терапию в предшествующем депрессивном эпизоде определяет назначение того же антидепрессанта и, наоборот, слабая реакция на определенный антидепрессант в предыдущих фазах лечения требует назначения другого препарата. Учитывая все более увеличивающиеся количество антидепрессантов с селективным влиянием на нейромедиаторы и синаптические рецепторы мозга, терапия депрессивных расстройств становится все более дифференцированной. Результаты лечения зависят также от оптимально подобранной дозы, продолжительности лечения, формы и тяжести депрессивного расстройства, сопутствующих диагнозов, употребления алкоголя, других неконтролируемо принимаемых

психоактивных средств, а также невыполнения предписаний врача, личностного расстройства, соматотипа пациента, отсутствия социальной поддержки и наличия неблагоприятных жизненных обстоятельств. По возможности следует сочетать психотерапию с фармакотерапией.

В случае легких проявлений депрессивного расстройства психотерапия практически всегда более предпочтительна, поскольку даже лучший антидепрессант оказывает на личность сглаживающее воздействие.

**Знание последовательности редукции симптомов.** В процессе лечения врач должен знать, что соматические симптомы депрессии чаще первыми подвергаются редукции, тогда как значимое улучшение настроения наступает через несколько недель терапии. Это обстоятельство должно учитываться в ходе полного курса терапии. Привлечение внимания пациента к устранению ранних симптомов играет роль важных для него иллюстраций правильности лечения, что способствует его большему вовлечению в терапевтическое содружество и определяет согласие на длительные курсы лечения. Следует также учитывать, что в общественном сознании не без основания психиатрическая «стигма» у многих людей связывается с «залечиванием таблетками». Пациенты часто относятся с предубеждением к приему лекарств, особенно при депрессии, поскольку она определяется многими людьми практически «нормативным» состоянием, с которым можно самостоятельно справиться.

**Побочные эффекты, связанные с приемом антидепрессантов.** Для того, чтобы не возникли заблуждения по этому поводу, необходимо при первом клиническом интервью с пациентом зафиксировать все жалобы и симптомы, которыми оформляется депрессия. Сухость во рту, слабость, головная боль, колебания кровяного давления, общая слабость, тошнота, запоры, головокружения, сердцебиение являются частыми витальными признаками заболевания. Далее необходимо корректное объяснение аннотации к лекарству, которую лучше прочитать, если позволяет состояние пациента вместе с ним. Следует также помнить о негативном мышлении депрессивных пациентов, поэтому не стоит фиксировать особое внимание на побочных эффектах. Если на следующий день пациент заявляет, что у него тошнота от СИОЗС, то ему следует напомнить о том, что она была и до приема препаратов.



Как показывает практика после нескольких дней приема антидепрессантов, если побочных эффектов действительно нет, у тревожных и настороженных пациентов исчезают жалобы на «побочные» эффекты. Наоборот, другие пациенты, имея выраженные побочные эффекты, не сообщают о них, хотя их признаки фиксируются объективно. Врач должен хорошо знать частоту и дозозависимость побочных эффектов того или иного антидепрессанта, чтобы обеспечить максимальную эффективность и безопасность лечения. Особое внимание при терапии СИОЗС следует уделять сексуальным дисфункциям и объяснению того, что это типичное временное явление, связанное с приемом антидепрессантов данного типа.

**Монотерапия депрессивных и других психических расстройств.** Еще раз акцентируем внимание на монотерапии. При нередком сочетании депрессии и соматического хронического заболевания важно добиться хорошего комплайенса. При назначении дополнительных препаратов есть вероятность несоблюдения режима их приема или просто отказ от них. Наибольшая польза в современном лечении ДР, также как и большинства других психических заболеваний психофармакологическими препаратами, заключается в монотерапии. Из рациональности такого подхода вытекает много преимуществ. Во-первых, врач может четко оценить влияние препарата на симптоматику депрессии, выделить пациентов быстро и положительно отвечающих на терапию; во-вторых, улучшается терапевтический контакт и склонность пациентов к доверительным партнерским отношениям; в-третьих, отсутствие выраженной седации и минимальность побочных эффектов дает возможность активно вовлекать пациента в психотерапевтический процесс. При этом снижается длительность стационарного этапа лечения, что способствует быстрому восстановлению социальных связей и отношений. Пациенты в данном случае принимают часть ответственности за эффективность лечения на себя, что способствует развитию личностной автономии и независимости.

Применение описанных элементарных принципов диагностического и терапевтического подходов при монотерапии ДР, усиление психологических методов воздействия и расширение психотерапевтических подходов, а также помощь в социальных аспектах функционирования показывает, что многие из пациентов значительно улучшают свое качество жизни, становятся активными,

деятельными. У них улучшается социальная адаптация, появляются новые увлечения. Как показывает практика, лучшие результаты достигаются в тех случаях, когда клиницист постоянно апеллирует к личности, воспринимая на уровне своей организмической целостной реакции проявления депрессивного состояния или других симптомов, как явления временные и чужеродные. Когда происходит диагностический процесс, он должен быть диффузен, поскольку корреспондирован к знаниям и опыту врача. Но когда диагностический процесс завершен, оппозиционность симптомов к личности пациента может быть инкапсулирована образовательной программой и психотерапевтическими приемами. В этом случае симптоматика становится дистантной и в значительной степени диссоциированным феноменом для наблюдения, обсуждения и преобразования доступного обоим участникам терапевтического процесса, особенно во время межличностных контактов. Желательно, чтобы в этой позиции психиатр окончательно снял свой «диагностический мундир» психологических защит и проявил полную эмпатию, аутентичность и экспрессивную спонтанность.

## Результаты терапии – превенция суицидов

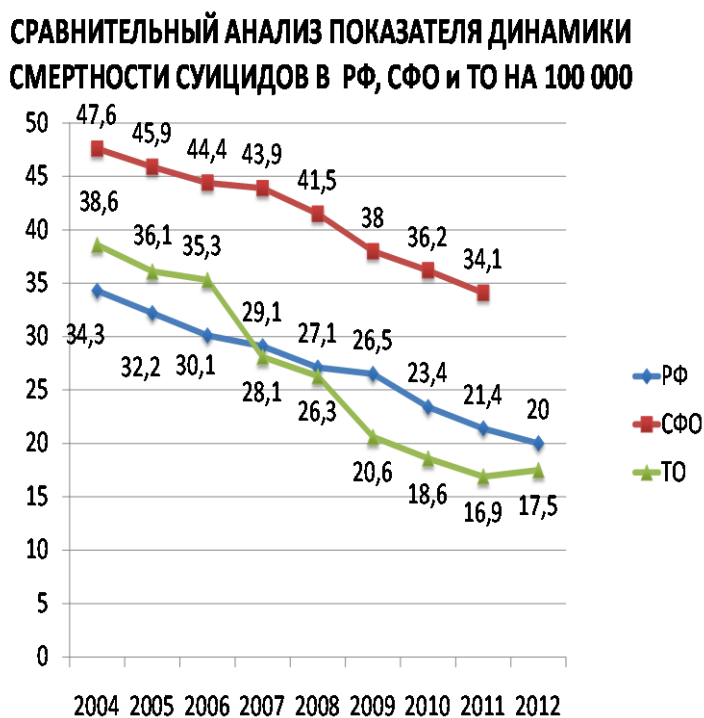


Рис.1. Результаты терапии - превенция суицидов

Это превращение является производным клинического и психотерапевтического опыта, который позволяет полностью войти в партнерские, терапевтические отношения. Эти внедиагностические отношения являются тем уровнем вчувствования в переживание, который пациент до этого постоянно искал и ждал.

Перейдем к анализу полученных данных. На рисунке 1 представлены сравнительные данные показателей смертности от суицидов в Российской Федерации (РФ) Сибирском федеральном округе (СФО) и Томской области (ТО)

Общие закономерности таковы, что количество суицидов достаточно интенсивно снижается во всех трех анализируемых группах. Согласно общим представлениям стабилизация социальных показателей в обществе закономерно снижает насильственную смертность. Однако следует обратить внимание, что в СФО показатели суицидов, как в их количестве, так и в уровне снижения показателей суицидов остаются достаточно высокими. Что касается показателей суицидов в ТО, то они становятся ниже, чем в РФ с 2007 г., а с 2010 по 2012 гг. в Томской области показатель суицидальности можно отнести к среднему уровню. С учетом образовательных программ и развития «сельской суицидологии», где в районах находится 12 Телефонов Доверия, в местной печати постоянно публикуются информационные данные. Социальные работники и психологи, работающие на селе, постоянно участвуют в конференциях со своими данными по суицидологии и получают соответствующие материалы и сборники. Со всеми специалистами, вовлеченными в работу по распознаванию депрессии и превенции суицидов периодически проводятся тренинги по особенностям работы на Телефоне Доверия и конструктивном изложении информации для населения, включая данные о здоровье, умению контролировать свои переживания, умению открыто поделиться с психологом своими переживаниями и т.п.

Можно с большой долей вероятности сделать вывод о том, что снижение показателей суицидальности связано как с образовательной программой специалистов, так и повышением уровня грамотности населения. Естественно, существуют районы с высокими показателями суицидов, однако в данной работе нашей задачей является доказательство возможности снижения суицидов в области с миллионным населением с помощью информированности различных специалистов и населения.

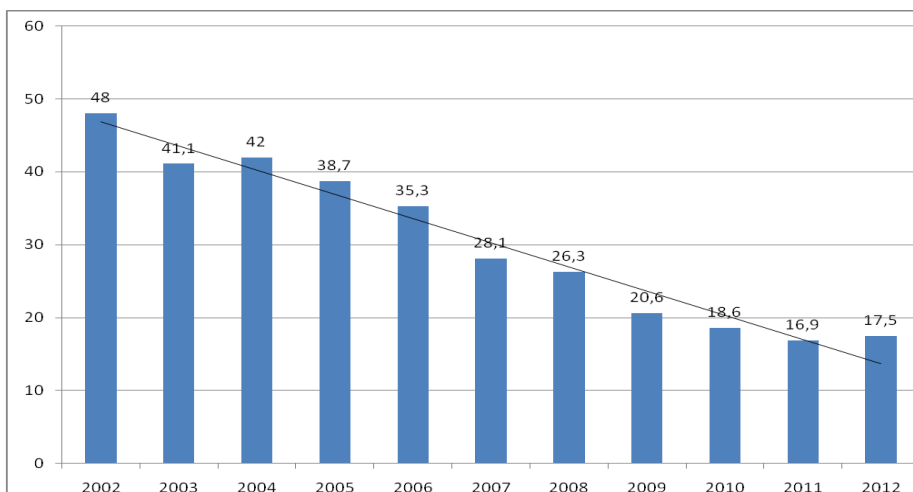


Рис. 2. Динамика снижения показателей суицидов в ТО на 100000 населения

На рисунке 2 показана общая динамика снижения суицидов в Томской области, которая по данному показателю с 2010 г. отвечает среднему уровню суицидальности. Следует отметить, что без участия социальных работников этих показателей вряд ли было возможно достигнуть. Важно также подчеркнуть, что показатели снижения суицидов соответствуют высокой достоверности от начальных показателей ( $P < 0,001$ ).

Половая дифференциация в динамике снижения смертности от суицидов в г. Томске (на 100 000), во время проведения программы «РАДЕП» в первичной медицинской сети

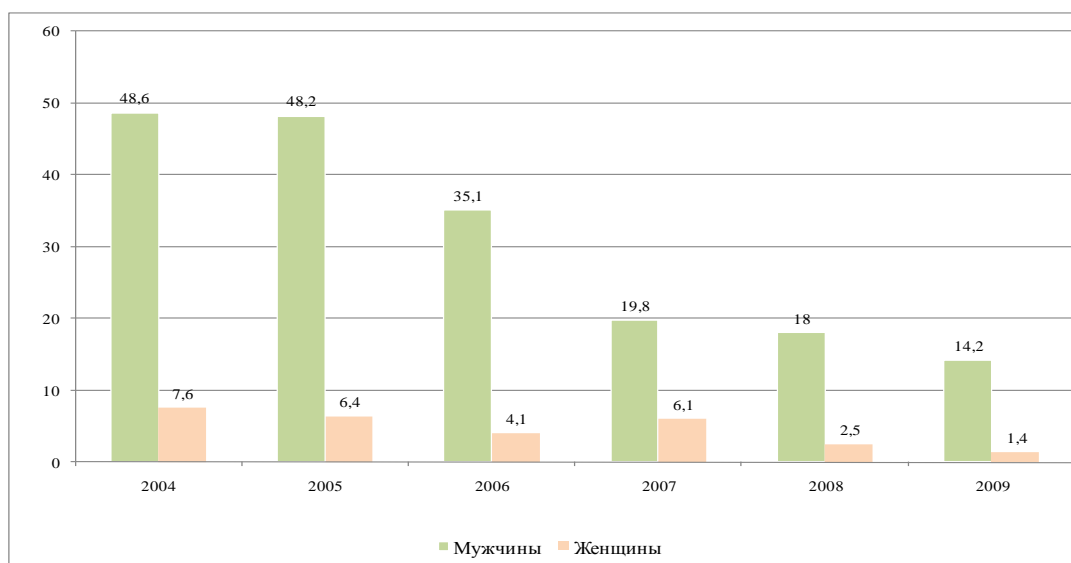
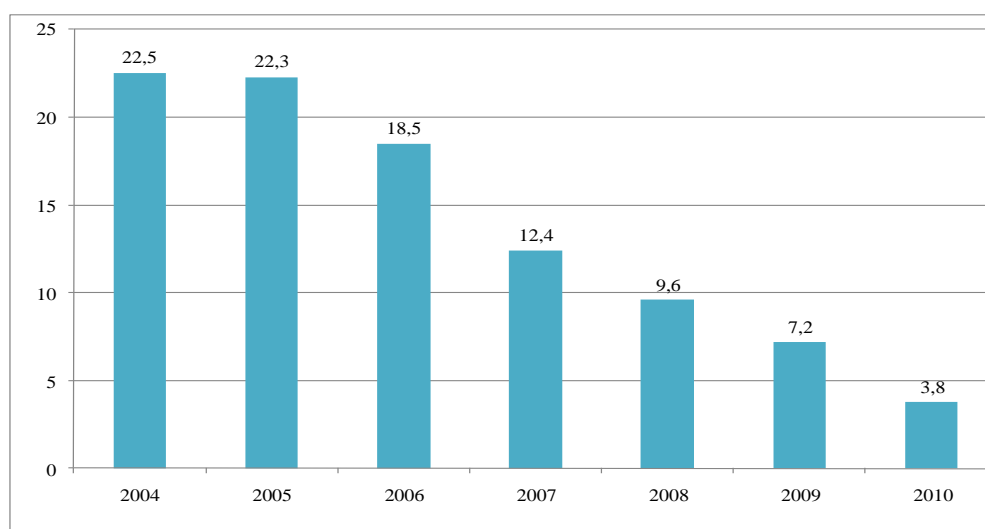


Рис. 3. Динамика снижения показателей смерти от суицидов с учетом гендерных различий

Рисунок 3 иллюстрирует динамику снижения показателей смертности от суицидов в г. Томске с учетом гендерных различий. И хотя таблица иллюстрирует значительный уровень снижения суицидов за счет образовательной программы распознавания депрессий (РАДЕП), все же интересным фактом является значительное различие по показателям суицидов между мужчинами и женщинами. В среднем в мировой литературе считается соотношение самоубийств между мужчинами и женщинами 4 к 1, в нашем случае эта кратность составляет не менее 7-8 к 1. Лишь в 2007 г. соотношение составляло примерно 3 к 1. Из этих данных следует, что женщины более привержены терапии депрессий в первичной медицинской службе, чем мужчины, для которых требуются более интенсивные беседы с врачом и отдельные рекомендации, которые являлись бы более значимыми и аргументированными для лечения депрессий. В целом необходима детализация психологических особенностей поведения мужчин при возникновении и развитии депрессивных расстройств.

Динамика снижения смертности от суицидов в г. Томске (на 100,000) в течение постоянных проведенных программ “РАДЕП” в первичной медицинской сети



Примечание: С 2008 г. в Томске отмечается низкий показатель смертности от суицидов

Рис. 4. Динамика снижения смертности в г. Томске

На рисунке 4 показаны результаты снижения показателей суицидов в целом. Эти данные иллюстрируют, что наибольшее снижение коэффициента самоубийств началось в 2007 г. Важно, что это произошло в год, когда и у мужчин были наименьшие показатели

суицидов (рис. 3). Последние годы отмечаются низкие показатели суицидов, что с нашей точки зрения, возможно объяснить постоянно действующей образовательной программой РАДЕП.

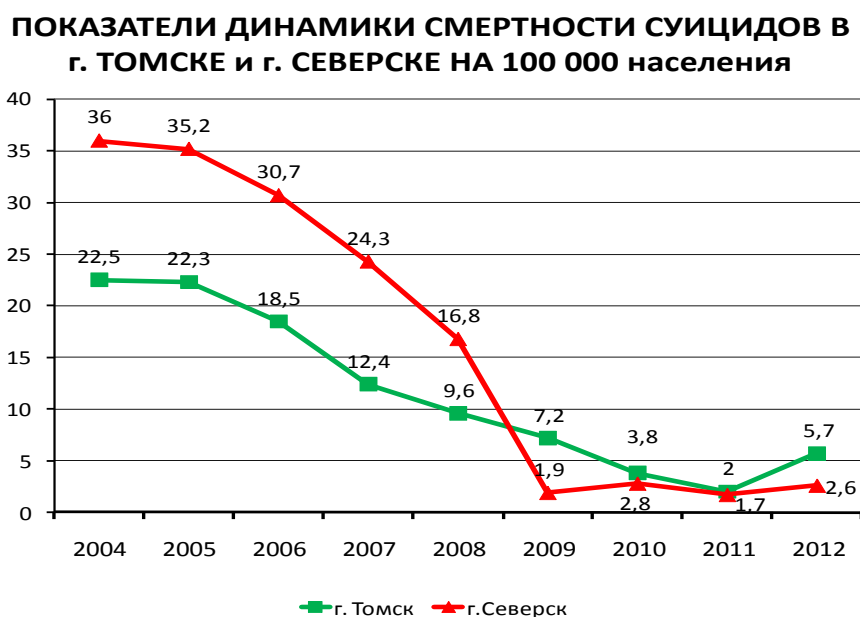


Рис. 5. Динамика снижения смертности суицидов в г. Томске и г. Северске

Рисунок 5 иллюстрирует общие результаты снижения показателей суицидов в двух городах, где кафедра постоянно проводила тематические образовательные циклы по распознаванию тактики ведения и терапии ДР – программа РАДЕП. Эти результаты могут еще раз являться доказательством, что только социальным трендом не могут быть однозначно интерпретированы результаты. Обе кривые на графике показывают, что в городах, где растет знание распознавания и современной терапии депрессий, показатели суицидальности даже в Сибири можно снизить до низких и удерживать их не менее четырех лет.

ВОЗ в своем программном докладе первой задачей поставила обучение врачей первичной медицинской сети распознаванию и лечению депрессивных расстройств. Нами, с учетом особенностей высокого роста суицидальности в областных показателях, была выделена и организована программа «сельской суицидологии». Итоги проведенной работы доказывают необходимость в программе превенции суицидов следовать современным мировым стандартам, которые аккумулируют научно-доказательные и проверенные мировой психиатрией данные.

## Заключение

Депрессия характеризуется высокой распространенностью, низким уровнем распознавания и редким лечением. При отсутствии терапии депрессивных расстройств, которые часто сочетаются с коморбидной соматической патологией, нарастает недееспособность, ухудшаются общие показатели здоровья и качество жизни. Наблюдается прогрессивное течение соматических заболеваний, увеличивается резистентность к терапии симптомов и признаков соматических расстройств, снижается естественная продолжительность жизни, и растет число самоубийств.

При правильной диагностике, тактике ведения и терапии депрессивных расстройств излечение происходит у 65-75% пациентов любого возраста. Наиболее эффективное лечение в общей медицинской практике основывается на биопсихосоциальном подходе, который сочетает хорошо переносимую и безопасную антидепрессивную терапию в сочетании с окружающей поддержкой родственников и привычной социальной сетью. Мультидисциплинарная терапия обычно приводит к суммарным показателям улучшения качества жизни, расширению функциональных и социальных возможностей. Как показали результаты мониторинга суицидов, их количество снижается по мере вовлечения врачей других специальностей в диагностику и терапию депрессий. Возможно также улучшение соматического состояния здоровья, увеличение продолжительности жизни и получение более низких расходов в здравоохранении.

Для развития терапии депрессивных расстройств в общей медицинской практике следует рассмотреть возможности включения субординатуры по психиатрии на 6-м курсе университетского медицинского обучения, двухнедельные циклы по депрессиям интернам всех специализаций и непрерывное образование по основным психиатрическим расстройствам в первичной медицинской сети и различных специализациях в медицине

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень 2012. – №°369 (Октябрь). – 2012.
2. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. – Киев: Сфера, 1997. – Т. 1. – 299 с.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.: Психическое здоровье: Новое понимание, новая надежда. Всемирная организация здравоохранения, 2001. – 215 с.
4. Каспер С. Обоснование длительной терапии антидепрессантами // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – №1. – С. 80-92.
5. Корнетов Н.А. «Большая пятерка» селективных серотонинергических антидепрессантов: новые стратегии терапии и перспективы превенции депрессивных расстройств// Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты). – Томск «Изд. науч-техн. лит. – 1998. –С.86-88.
6. Корнетов Н.А. Глоссарий стандартизированного описания регионарных морфологических дисплазий для клинических исследований в психиатрии и неврологии. Методические рекомендации. СО РАМН. Томск, 1996. 73 с.
7. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства (диагностика, систематика, семиотика, терапия) Изд. 2, испр. и доп. – Томск: Сиб. изд. дом, 2003. – 119 с.
8. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства. Диагностика, систематика, семиотика, терапия. – Томск: Изд. Том. ун-та, 2000. – 107 с.; 2-е изд-е. исправ. и доп. –Томск: Сиб. изд. дом, 2002. –129 с.
9. Корнетов Н.А. Желудочно-кишечные и психиатрические расстройства: диагностические пересечения // Сиб. журн. гастроэнтерологии и гепатологии – 2000. – Вып. 10. – С 83-86.
10. Корнетов Н.А. Клиническая антропология в психиатрии. – Томск: Изд. Том. ун-та. –1998. – 112 с.
11. Корнетов Н.А. Клиническая антропология психических расстройств (глава в руководстве) / В.Д. Менделевич. Психиатрическая пропедевтика: Практич. руковод. для врачей и студентов. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Техлит, Медицина, 1997. – С. 270-306.
12. Корнетов Н.А. Клиническая антропология: от дифференциации к интеграции медицины (передовая статья) // Сиб. мед. журн. – 1997. – № 3-4. – С. 5-13.
13. Корнетов Н.А. Клиническая антропология: от дифференциации к интеграции медицины // Сибирский медицинский журнал . — 1997 . — №4 . — С. 5-13.
14. Корнетов Н.А. Концепция коморбидности соматических заболеваний и психических расстройств – практическая парадигма интегративной антропологии в медицине // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 1998. Вып. 2. – №1 (апрель). – С.138-140.



15. Корнетов Н.А. Международные стандарты диагностики и терапии депрессивных расстройств в общемедицинской практике // Фармакотерапия в неврологии и психиатрии. Лекции для практикующих врачей. – М., 2002. – С.117-128.
16. Корнетов Н.А. Международные стандарты диагностики и терапии депрессивных расстройств в общемедицинской практике // Фармакотерапия в неврологии и психиатрии (лекции для практикующих врачей). – М.: «Здоровье человека», 2002. – С. 117-128.
17. Корнетов Н.А. МКБ-10 без адаптации - краеугольный камень реформы отечественной психиатрии // Вісник асоціації психіатрів України. – 1998. – № 3. – С. 39-54.
18. Корнетов Н.А. МКБ-10 без адаптации - краеугольный камень реформы отечественной психиатрии // Вісник Асоціації Психіатрів України – 1998. – №. – С. 39-54.
19. Корнетов Н.А. Научная концепция и организация факультета клинической психологии и психотерапии в Сибирском государственном медицинском университете // Бюллетень. сибирской медицины. — 2004 . — Т.3.-№1; — С. 70-80 .
20. Kornetov N. Prevention of Depression of Bereavement in ritual Psychotherapeutic Magic in Slavs // The synthesis between Psychopharmacology and Psychotherapy. – WPA, Jerusalem, Israel, 1997. – P. 67
21. Корнетов Н.А. Психогенные депрессии: клиника, патогенез. –Томск: Изд. Том. ун-та. 1993. –239 с.
22. Корнетов Н.А. Сертралин (золофт): новый в России селективный антидепрессант и его значение в терапии типичных депрессивных расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии . — 1998 . — №3 . — С. 65-79 .
23. Корнетов Н.А. Синхронический подход к психопатологии и психотерапии психогенных депрессий: от психиатрии и этнографии к психологической антропологии // Психиатрия в контексте культуры. Этнопсихиатрия. – Москва-Томск –Улан-Удэ, 1994. – Вып.1. –С. 143-163.
24. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства- диагностические "невидимки" в психиатрической и общемедицинской практике // Социальная и клиническая психиатрия . — 1999 . — N3 . — С. 85-90
25. Корнетов Н.А. Клиническая антропология психических расстройств – раздел медико-антропологической парадигмы в психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1999. – №3. – С. 86-91.
26. Корнетов А.Н. Клинико-психологическая диагностика, психотерапия и профилактика развития депрессивных нарушений в условиях санатория / Н.А. Корнетов, Е.В. Караваева, А.Н. Корнетов // Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и

- экзистенциальные проблемы) : сб. материалов международной научно-практической конференции (Томск, 22—24 апреля 2003 г.) / под науч. ред. проф. Н. А. Корнетова. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2003. – С. 170—176.
27. Корнетов А.Н. Клубы пожилых – эффективная форма социальной интеграции и поддержки в условиях ограничения или отсутствия семейно-ролевых взаимодействий / А.Н. Корнетов, Л.Н. Дубовская, Ю.А. Прудникова, Н.А. Корнетов // Социальные и психологические аспекты семьи. – Владивосток, 2001. – С. 391—394.
28. Корнетов А.Н. Комплаенс при психофармакотерапии аффективных расстройств в первичной медицинской сети / А. Н. Корнетов // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии / под ред. акад. РАМН, проф. В. Я. Семке. – Томск: МГП «РАСКО», 2001. – Вып. 10. – С. 165—166.
29. Корнетов А.Н. Междисциплинарное взаимодействие как новая модель помощи пожилым лицам с психическими расстройствами / Н.А. Корнетов, Л.Н. Дубовская, А.Н. Корнетов, Ю.А. Прудникова // Современные технологии психиатрического и наркологического сервиса / под ред. акад. РАМН, проф. В. Я. Семке. – Томск: МГП «РАСКО», 2001. – Т. 2. – С. 49—51.
30. Корнетов А.Н. Модель координации помощи лицам старшего возраста в центре социального обслуживания населения / Л.Н. Дубовская, Н.А. Корнетов, А.Н. Корнетов // Первый съезд геронтологов и гериатров Сибири и Дальнего Востока (Сборник тез. докл.) / под ред. акад. РАМН Ю.П. Никитина. – Новосибирск, 2000. – С. 37—41.
31. Корнетов А.Н. О соотношении психиатрии и клинической психологии / Н.А. Корнетов, А.Н. Корнетов // Развитие биопсихосоциального подхода в сфере охраны психического здоровья : сб. научных трудов / под ред. Н. А. Корнетова, А. П. Агаркова. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2005. – Вып. 1. – С. 108—111.
32. Корнетов А.Н. Оценка распространенности и организация психологической службы с мультидисциплинарным подходом при расстройствах депрессивного спектра в санаторно-курортной сети / А.Н. Корнетов, Е.В. Караваева, Н.А. Корнетов // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. – 2005. – Т.12, № 1. – С. 47—51.
33. Корнетов А.Н. Оценка распространенности психологических нарушений депрессивного спектра в санаторно-курортной сети / А. Н. Корнетов, Е. В. Караваева, Н. А. Корнетов // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2005. – Вып. 1 (Серия: Психология). – С. 83—90.
34. Корнетов А.Н. Программа по диагностике и лечению депрессивных расстройств в дифференцированных популяциях / Н. А. Корнетов, А. Н. Корнетов, Е. В. Лебедева, Е. В. Шмунк // Современные вопросы

- клиники, терапии психических расстройств : материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 70-летию организации психиатрической помощи в Иркутской области (Иркутск, 22—23 сентября 2005 г.) / под ред. проф. А. С. Боброва. – Иркутск, 2005. – С. 159—167.
35. Корнетов А. Н. Психодиагностика расстройств депрессивного спектра и психологические признаки депрессии у страдающих соматическими заболеваниями клиентов санаторно-курортной сети Западной Сибири / Е. В. Караваева, А. Н. Корнетов, Н. А. Корнетов // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. – 2005. – Т. 12, № 3. – С. 54—58.
36. Корнетов А. Н. Распознавание и тактика ведения нарушений поведения у детей и подростков в поликлинической педиатрии: Методическое пособие / Н.В. Казанцева, Н.А. Корнетов, И.В. Воеводин, А.Н. Корнетов / под ред. Засл. деятеля науки РФ, проф. Н. А. Корнетова. – Томск, 2003. – 140 с.
37. Корнетов А.Н. Распознавание и тактика ведения тревожных и депрессивных нарушений в период беременности и после родов: методическое пособие / Н.А. Корнетов, А.Н. Корнетов, И.В. Воеводин, Н.В. Казанцева / под науч. ред. Заслуженного деятеля науки РФ, профессора Н. А. Корнетова. – Томск, 2003. – 78 с.
38. Корнетов А.Н. Распознавание, тактика ведения и терапия депрессивных расстройств в территориальной поликлинике / Н.А. Корнетов, А.Н. Корнетов, Т.Е. Грушковская // XI Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». – М., 2004. – С. 200.
39. Корнетов А.Н. Распространенность депрессивных и субдепрессивных расстройств у больных медико-реабилитационного геронтологического центра / Н.А. Корнетов, Ю.А. Прудникова, А.Н. Корнетов // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 3. – С. 9—12.
40. Корнетов А.Н. Распространенность депрессии в социальной службе: двухэтапное исследование / А.Н. Корнетов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5. – С. 39—41.
41. Корнетов А.Н. Современные стандарты диагностики и терапии депрессивных расстройств: научно-практическое пособие для психиатров и врачей общей медицинской практики / Н.А. Корнетов, Е.Д. Счастнй, Д.Ю. Вельтищев и др. / под ред. Засл. деятеля науки РФ, д.м.н., проф. Н.А. Корнетова. – Томск; Москва, 2003. – 74 с.
42. Корнетов, А.Н. Сравнительная оценка распространенности депрессивных расстройств в профильных отделениях соматического стационара / Н.А. Корнетов, А.Н. Корнетов, Г.А. Попова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, Вып. 2. – С. 30—34.
43. Корнетов А.Н. Тактика терапии депрессивных расстройств в первичной медицинской сети : пособие для врачей территориальных поликлиник / А.Н. Корнетов. – Томск, 2003. – 19 с.

44. Корнетов А.Н. Терапевтическое взаимодействие с депрессивным пациентом: к ответственности через партнерство / А.Н. Корнетов // Психотерапия. – 2003. – Вып. 7. – С. 28—29.
45. Корнетов А.Н. Эффективность и безопасность тианептина в терапии депрессивных расстройств / Н.А. Корнетов, Е.В. Лебедева, А.Н. Корнетов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 3. – С. 103—105.
46. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб: Мединформ агентств, 1995. – 568 с.
47. Образовательная программа по депрессивным расстройствам WPA/PTD. Модуль 1: Обзор и основные аспекты (с прил.) // Пер. с англ. по общ. ред. Н.А. Корнетова. – Киев: Сфера. – 2002. – 62 с.
48. Образовательная программа по депрессивным расстройствам WPA/PTD. Модуль 2: Депрессивные расстройства при соматических заболеваниях // Пер. с англ. по общ. ред. Н.А. Корнетова. – Киев: Сфера. – 2002. – 69 с.
49. Образовательная программа по депрессивным расстройствам WPA/PTD. Модуль 3: Депрессивные расстройства у лиц старшего возраста // Пер. с англ. по общ. ред. Н.А. Корнетова. – Киев: Сфера. – 2002. – 59 с.
50. Образовательная программа по депрессивным расстройствам ВПА/ПТД: Модуль IV: Голдберг Д., Гаск Л., Сарториус Н. Общее введение в обучение врачей навыкам в сфере психического здоровья // Пер. с англ. под общ. ред. Н.А. Корнетова. – К.: Сфера, 2002. – 32 с.
51. Сарториус Н.: Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. – Киев, 1997. – 76 с.
52. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn, revised. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987
53. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd edn. Washington, DC, 1980
54. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994
55. Bajorec T, Stockman T. Psychiatry: pocket tutor/ London: JP Medical, 2012, 258 p.
56. Bridges K, Goldberg D. Somatic presentation of depressive illness in primary care // Jour. Roal. Coll. Gen Pract Occas Pap. 1987. – Sep; №36. – P. 9-11.
57. Cassano P., Fava M. Depression and public health: an overview // J. Psychosom. Res. 2002 – Vol. 53. – №4 – P. 849-857.
58. Kornetov, A. Prevalence of depression in old patients of social care in Siberia / N. Kornetov, Y. Prudnikova, A. Kornetov // European Psychiatry. – 2002. – Vol. 17, May (Suppl. 1). – P. 127s. – 11<sup>th</sup> AEP Congress. Stockholm, 4—8 May 2002. – Abstract book. – P. 11–12.

59. Kornetov, A. Prevalence of Depressive Disorders in Sanatorium-Preventorium of West Siberia / N. Kornetov, A. Kornetov, E. Karavaeva // 5000 Years of Science and Care Building the Future of Psychiatry. Abstract Book of the XIII World Congress of Psychiatry. Cairo, September 10—15, 2005, Egypt. – 2005. – P. 02. P288. – P. 625.
60. Kupfer D.J. Long-term treatment of depression // J. Clinic. Psychiatry. – 1991. – Vol. 52, Suppl. B. 12. – P. 28-34.
61. Kupfer D.J. Management of recurrent depression // J. Clinic. Psychiatry. – 1993. – Vol. 54, Suppl. 2. – P. 29-33.
62. Lam R.W., Mok H. Depression. Oxford University Press. 2008, 116 p.
63. Lespérance F., Frasere-Smith N. Depression in patients with cardiac disease: a practical review // J. Psychosom. Res. 2000. – Vol. 48. N4-5. P.:379-391.
64. Montano B.C. Recognition and Treatment of Depression in a Primary Care Setting. // J. Clin. Psychiatry. – 1994. – Vol. 55, Suppl. 12. – P. 18-34.
65. Murrey C. J. L., Lopez A. D., eds. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factor in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and World Bank (Global Burden of Disease and injury Series, Vol.1.), 1996a.
66. Murrey C.J.L., Lopez A.D., Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. Health Economics. 2000. – N9. – P. 69
67. Murrey C.J.L., Lopez A.D. Global Health Statistic. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of World Health Organization and World Bank (Global burden of Disease and injury Series Vol.II), 1996b
68. Paykel E.S. Recent life events and clinical depression // Life stress and illness. – Thomas, Springfield, 1973. – P. 124-163.
69. Sartorius N. Fighting stigma: theory and practice // World Psychiatry. – 2002. – Vol. 1. – №1. – P. 26-27.
70. Ustun T.B. The global burden of mental disorders // Am J Public Health. 1999 September; Vol. 89. – №9. – P. 1315–1318.
71. WHO Guide to Mental Health in Primary Care. ICD-10 Chapter V Primary Care Version. World Health Organisation, 1996. – 195 p.
72. World Bank. World Development Report 1993; investing in health. New York, Oxford University Press, 1993.
73. World Health Organization. ICD-10 Classification of mental and Behavioral Disorders with Glossary and diagnostic Criteria for Research. eds. J.E. Cooper. World Health Organisation, Geneva: Churchill Livingstone. – 419 p.

## СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ АКТОВОЙ ЛЕКЦИИ

1. Постинсультная депрессия/ Катаева Н. Г., Корнетов Н. А., Алифирова В. М., Левина А. Ю. Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2008 – 168 с.
2. Корнетов Н.А., Жоров В.А. Клинико-типологические варианты депрессивных расстройств у больных со злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта //Бюллетень сибирской медицины. – 2008 – Т.7. –№4. – С.99-103.
3. Корнетов Н.А., Корнетов Ал.Н., Караваева Е.В. Оценка распространенности психологических нарушений депрессивного спектра в санаторно-курортной сети // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2005. – Вып. 1 (Серия: Психология). – С. 83-90.
4. Корнетов Н.А., Корнетов Ал.Н., Караваева Е.В. Оценка распространенности и организация психологической службы с мультидисциплинарным подходом при расстройствах депрессивного спектра в санаторно-курортной сети // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. – 2005. – Т.12, № 1. – С. 47—51.
5. Корнетов Н. А., Корнетов Ал. Н., Попова Г. А. Сравнительная оценка распространенности депрессивных расстройств в профильных отделениях соматического стационара // Ж. Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Том 15, Вып. 2. – С. 30-34
6. Корнетов Н.А., Шмунк Е.В. Эффективность психофармакотерапии у пациентов с расстройствами депрессивного спектра в зависимости от некоторых особенностей догоспитального периода // Бюллетень сибирской медицины. 2008. – Т. 52. – №. 1. – С. 81-84.
7. Корнетов Н. А. Клиническая антропология - методологическая основа целостного подхода в медицине (Editorial) // Biomedical & Biosocial Anthropology. – 2004. – №2. – P. 101-105
8. Корнетов Н. А. Исторические и современные предпосылки к созданию факультета социальной работы в Сибирском государственном медицинском университете // Бюллетень Сибирской медицины. – Томск, 2004. – №3. – С. 35-48.
9. Корнетов Н. А. Вклад невропсихиатрии в развитие общемедицинской клинической антропологии // Biomedical & Biosocial Anthropology. – 2007. – №9. – P. 221-227.
10. Корнетов Н.А. Коморбидность соматических заболеваний и депрессивных расстройств – типичная проблема в современной медицине // Ученые записки СПб государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. – 2011. – Т.18, № 4. – С. 38—40.

11. Корнетов Н.А., Ярош О.А. Депрессивные расстройства и суицидальность при избыточной массы тела // Неврологический вестник. – 2011. – Т. XLIII –Вып.4. – С.75-84.
12. Корнетов Н.А. Концепция клинической антропологии в медицине (Передовая статья) // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – Т. 52. –№ 1. – С. 7-31.
13. Корнетов Н. А. Депрессивные расстройства в пожилом возрасте // Лекции для практикующих врачей. Матер. XIX рос. нац. конгр. «Человек и лекарство»(23-29 апр. 2012) – М., 2012. – С. 326-338.
14. Корнетов Н.А. Что является лучшей формой профилактики суицидов // Суицидология. – 2013. – Т. 4. – №3. – С. 44 – 58.
15. Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов // Тюмен. мед. журн. – Тюмень, 2013. – Т.15. – №1. – С. 11-13
16. Корнетов Н.А. Межведомственная антикризисная суицидологическая служба в системе социального обслуживания населения (К 25-летию Томской суицидологической службы) // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19). – С. – URL: <http://medpsy.ru>

Научное издание

**Николай Алексеевич Корнетов**  
академик РАН, заслуженный деятель науки РФ  
д-р мед. наук, профессор

**СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РАСПОЗНАВАНИЮ,  
ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ  
И ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДОВ**

**Актовая лекция**  
*( г. Томск, 21 января 2014 г.)*

Редакционно-издательский отдел СибГМУ  
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107  
тел. 8 (382-2) 51-57-08  
факс 8 (382-2) 51-53-15  
E-mail: bulletin@bulletin.tomsk.ru

Подписано в печать 20.01. 2014 г.  
Формат 60x84  $\frac{1}{16}$ . Бумага офсетная.  
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ. лист.3,5.  
Тираж 200 экз. Заказ №

---

Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СибГМУ  
634050, г. Томск, ул. Московский тракт, 2