

УДК 616.89-008.454

<https://doi.org/10.20538/1682-0363-2022-2-175-185>

Эволюция парадигм в изучении депрессии: от унитарной концепции к биопсихосоциальной модели и междисциплинарным подходам

Корнетов А.Н.

*Сибирский государственный медицинский университет (СибГМУ)
Россия, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2*

РЕЗЮМЕ

Настоящий обзор литературы посвящен рассмотрению истории парадигм в изучении депрессивных расстройств в аспекте современного понимания депрессии в психиатрии, клинической и медицинской психологии, ее соотнесения с биопсихосоциальной моделью в медицине. В обзоре также содержатся работы, предметом которых было изучение распространенности и коморбидности депрессивных расстройств, связь с суицидальным поведением. Отдельно рассмотрены существующие ограничения в изучении депрессивных расстройств, имеющиеся в психиатрии и клинической психологии, вопросы междисциплинарной интеграции и междисциплинарных барьеров.

В обзор включены публикации, индексируемые в Web of Science, Scopus и Russian Science Citation Index, а также в базе PubMed. Депрессия является важнейшей медицинской и психологической проблемой в связи с ее широким распространением в общей популяции, в первичной медицинской сети, среди пациентов, страдающих различными хроническими соматическими заболеваниями, которые получают лечение в больницах и клиниках общего и специализированного профиля, клиентов психологических центров и социальных служб. В 1996 г. Гарвардская школа здравоохранения, основываясь на материалах Всемирной организации здравоохранения и Всемирного банка, опубликовала расчеты и прогноз распространенности депрессивных расстройств в мире. Согласно приведенным данным, депрессия в 1990 г. по тяжести ведущих причин бремени болезни занимала 4-е место, а по базовому сценарию развития к 2020 г. должна была выйти на 2-е место после ишемической болезни сердца.

Обзор ориентирован на необходимость ревизии базового сценария развития и открытия новой дискуссии по проблемам изучения депрессивных расстройств в новых условиях – психологическое состояние общества в период пандемии COVID-19 и карантинных мер, а также накануне перехода здравоохранения на 11-й пересмотр международной классификации болезней.

Ключевые слова: депрессия, депрессивные расстройства, биопсихосоциальная модель, коморбидность депрессии, концепции депрессии, диагностика депрессии, классификация депрессии

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-113-50299.

Для цитирования: Корнетов А.Н. Эволюция парадигм в изучении депрессии: от унитарной концепции к биопсихосоциальной модели и междисциплинарным подходам. *Бюллетень сибирской медицины.* 2022;21(2):175–185. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2022-2-175-185>.

Evolution of paradigms in the study of depression: from a unitary concept to a biopsychosocial model and interdisciplinary approaches

Kornetov A.N.

*Siberian State Medical University
2, Moscow Trakt, Tomsk, 634050, Russian Federation*

ABSTRACT

The review is devoted to the consideration of the history of paradigms in the study of depressive disorders in terms of modern understanding of depression in psychiatry and clinical and medical psychology and its correlation with the biopsychosocial model in medicine. The review also contains works devoted to the study of the prevalence and comorbidity of depressive disorders and their relationship with suicidal behavior. The existing limitations in the study of depressive disorders in psychiatry and clinical psychology and the issues of interdisciplinary integration and interdisciplinary barriers are considered in detail.

The review includes publications indexed in the Web of Science, Scopus, Russian Science Citation Index, and PubMed databases. Depression is a major medical and psychological problem due to its widespread prevalence in the general population, in primary care, among patients with various chronic somatic symptom disorders who receive treatment in community and specialized hospitals and clinics, and among clients of psychological centers and social services. In 1996, the Harvard T.H. Chan School of Public Health, based on the materials of the World Health Organization (WHO) and the World Bank, published estimates and prognosis for the prevalence of depressive disorders around the world. According to their data, depression in 1990 was ranked 4th in terms of the severity of the leading causes of the burden of the disease, and according to the baseline scenario of development, by 2020 it should have been ranked 2nd after coronary artery disease.

The review is focused on the need to revise the baseline scenario of development and start a new discussion on the study of depressive disorders under new conditions, such as the psychological state of society during the COVID-19 pandemic and lockdown, as well as on the eve of healthcare transition to the 11th Revision of the International Classification of Diseases.

Keywords: depression, depressive disorders, biopsychosocial model, comorbidity of depression, depression concepts, depression diagnosis, depression classification

Conflict of interest. The author declares the absence of obvious or potential conflict of interest related to the publication of this article.

Source of financing. The study was funded by RFBR project No. 20-113-50299.

For citation: Kornetov A.N. Evolution of paradigms in the study of depression: from a unitary concept to a biopsychosocial model and interdisciplinary approaches. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2022;21(1):175–185. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2022-2-175-185>.

ВВЕДЕНИЕ

Впервые в нозологических представлениях депрессия была систематизирована и описана Е. Краепелин [1]. Он, в частности, отмечал, что маниакально-депрессивное помешательство, с одной стороны, охватывает всю область так называемых периодических и циркулярных психозов, с другой – включает в себя простую манию, большую часть клинических картин, обозначаемых как меланхолия, а также значительное количество случаев аменции. Сюда же следует причислить определенно и легкий, но длительный, болезненный оттенок настроения,

который следует рассматривать либо как предшествующую ступень тяжелых нарушений, либо без четких границ переходящий в область личностной предрасположенности. Он также отмечал, что в течение ряда лет все больше убеждался в том, что эти клинически разнообразные картины являются формами проявления единого процесса. Кроме того, Е. Краепелин предполагал, что позже, на основе новых исследований, образуется ряд клинических подформ циркулярного психоза или сформируются отдельные группы нозологий, так или иначе связанных с депрессией [1]. Он считал, что если такое произойдет, совершенно определенной мерой могут стать те

признаки, которые до сего времени выставлялись на передний план.

Вся дальнейшая история изучения депрессии показала, что приведенные высказывания поразительно точно предвосхитили выделение различных подтипов депрессии на основе клинических картин, образующих ее симптомокомплексы.

ИЗМЕНЕНИЯ КЛАССИФИКАЦИЙ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Эта унитарная концепция доминировала более 50 лет и стала подвергаться пересмотрам лишь во второй половине XX в. Наиболее значимые новации сделали К. Leonhard [2] и, несколько позже, J. Angst, C. Perris [3] на основании изучения наследственных и конституциональных факторов пациентов с депрессией. Их суть заключалась в соотношении наследственности и преморбидных свойств личности с клинической картиной, течением и исходом депрессии. Эти работы и дальнейшие изменения в систематиках расстройств настроения дифференцировали маниакально-депрессивный психоз на собственно биполярный вариант и рекуррентную депрессию, хотя в более позднем пересмотре международной классификации болезней ICD-9 [4] они еще сохранялись как различные типы течения маниакально-депрессивного психоза, т. е. были по-прежнему отнесены к одной нозологии.

Масштабные изменения классификаций психических и поведенческих расстройств конца XX в. наиболее глубоко затронули кластер расстройств настроения. Уход от нозологического принципа построения систематики при сохранении категориального подхода стали компромиссом между прогрессом клинической психиатрии и затруднениями в поиске этиологии и патогенеза аффективных расстройств. Таким образом, на смену эре маниакально-депрессивного психоза пришло время «депрессивного эпизода» [5] или «большой депрессии» [6–10]. После кардинальных перемен в психиатрических классификациях их авторы стали разрабатывать адаптированные версии для других специальностей, включая сестринское дело, что способствовало более тесной интеграции с соматической медициной и положило начало новой вехе психиатрии, которую можно обозначить как «общемедицинскую».

Параллельно с этим процессом произошел прорыв в психофармакологии антидепрессантов, который, прежде всего, связан с появлением препаратов селективного влияния на отдельные нейротрансмиттеры, что дало ощутимые сдвиги не только в качестве терапии депрессии, но и повысило эффективность

лечения сопутствующих хронических соматических заболеваний [11]. Являясь психическим расстройством, депрессия манифестирует целым рядом симптомов, в числе которых присутствует соматический компонент, что приводит к образованию симптомов, похожих на те, которые встречаются при различных поражениях органов и систем, что делает диагностику достаточно сложной. Развитие информационных систем поддержки принятия врачебных решений на основе машинного обучения и знаний в области диагностики и лечения депрессивных расстройств к текущему моменту поднялись до уровня, способного алгоритмизировать весь лечебно-диагностический процесс [12, 13]. Это делает его доступным не только психиатрам, но и представителям всех медицинских и немедицинских специальностей и специализаций, вовлеченных в распознавание и терапию депрессии. Исключения здесь составляют случаи с тяжелым течением и резистентные состояния, которые требуют психиатрической квалификации и соответствующего опыта. Как правило, такие пациенты нуждаются в стационарном лечении в специальных условиях.

Вместе с тем информационные технологии остаются зависимыми от существующих клинических понятий, подходов к классификации, стандартов терапии и протоколов ведения пациентов. И в этой связи остается актуальным замечание И.В. Давыдовского [14], сделанное им в середине XX в., о том, что у медицинской мысли есть риск утонуть в частности, потеряться в деталях, и пора на основе накопленных фактов искать новые понятия, новые обобщающие теории и идеи. Применительно к депрессивным расстройствам как одним из наиболее распространенных медицинских состояний это означает, что непрерывный поиск их биологических маркеров как альтернативы клинической диагностике может привести к тому, что неспецифические и нестойкие биологические показатели могут быть введены в диагностические критерии, что затруднит совершенствование клинической классификации. Однако и ограничивать такой поиск категорически неприемлемо, поскольку именно внедрение лабораторных и инструментальных показателей в критерии для диагностики – одна из лучших возможностей преодоления существующего до сих пор психосоматического дуализма и идущей за ним психиатрической стигмой, существующей в обществе и внутри медицинского сообщества. Эти два фактора продолжают препятствовать обращениям пациентов в психиатрическую сеть, что приводит к неполучению необходимой помощи. Напротив, своевременная диагностика и лечение депрессии являются залогом успеха в оказании помощи людям, страдающим этим расстройством.

Службы психического здоровья в разных странах имеют порой принципиально отличающуюся организацию. Это касается вопросов деинституализации психиатрической помощи, количества дней госпитализации пациентов, степени интеграции с соматической медициной, наличия или отсутствия секторального обслуживания, наличия или отсутствия врачей общей практики или семейных врачей. При этом, если не принимать во внимание популяционных эпидемиологических исследований, которых крайне мало, мы имеем представления о психических расстройствах, включая депрессию, только по данным обращений за помощью. То есть общепопуляционный масштаб проблемы психического здоровья либо не известен, либо известен для основных психических расстройств. Данные о факторах и группах риска вообще являются противоречивыми [15]. Данный факт привел к четырем негативным тенденциям.

1. Отсутствие полной информации о количестве новых случаев и количестве лиц, нуждающихся в терапии.

2. Неопределенность в исходе тех случаев, где пациенты выпадали из полей зрения служб психического здоровья во время лечения.

3. Невозможность оценки психосоциальных воздействий и адаптации пациентов.

4. Самолечение.

Похожие обобщения несколько ранее представили G. Thornicroft и соавт. [16], сделав акцент на возможных перспективах изменения сложившейся ситуации. В частности, была подчеркнута необходимость дальнейшего движения психиатрии в общемедицинском направлении, что в том числе способствовало бы повышению доступности помощи людям, страдающим депрессивными расстройствами, тем более что они имеют высокий уровень коморбидности с соматическими заболеваниями. Масштаб распространенности самой депрессии, а также выраженность симптоматики у людей, ей болеющих, W. Rutz и соавт. [17] сравнили с эпидемией, требующей немедленного вмешательства.

Помимо перечисленных факторов на эволюцию парадигм в изучении депрессии повлияли увеличение ее распространенности [18], появление антидепрессантов, их совершенствование с последующими психофармакологическими исследованиями [19], реформы служб охраны психического здоровья [20], интеграция психиатрии с соматической медициной [21], прорывы в биологической психиатрии [22], клинической психологии [23], суицидологии [24].

Итак, мы являемся участниками событий, в которых депрессивные расстройства изучаются с самых разных сторон. Оказалось, что ее клиническая кар-

тина у пациентов психиатрических больниц в большинстве своем проявляется витальной депрессией [25], которая, в свою очередь, представляет собой депрессивный синдром в классическом понимании [1]. На протяжении многих десятилетий прошлого века он считался проявлением эндогенной депрессии, но после кардинальных изменений в психиатрических систематиках, прежде всего в США [6–10], депрессивный синдром верифицируется как большая депрессия и рассматривается самостоятельно. У пациентов, не обращающихся за помощью в психиатрическую сеть, клиническая картина депрессивных расстройств носит более вариабельный характер.

Поэтому постепенный уход от унитарной парадигмы в понимании клиники депрессии освободил место для других концепций. В частности, еще в 1970–1980-е гг. ряд исследователей [26–29] стали выделять расстройства депрессивного спектра, к которым помимо депрессии и ее клинических вариантов были отнесены смешанное тревожное и депрессивное расстройство, кратковременная и пролонгированные депрессивные реакции и др. Симптоматика и клинический полиморфизм депрессии отражены в следующих концепциях: соотношения элементов в структуре синдрома – «простые – сложные депрессии» [30], модальности аффекта [31], бинарной (двухуровневой) типологической модели депрессии [32], или ее клинической динамики: концепция эволюции депрессивного аффекта по стадиям [33]. Помимо клинических концепций на протяжении XX в. рождались психологические концепции, часть из которых имеет экспериментальное подтверждение. Среди них наиболее известны психодинамическая [34], бихевиоральная [35] и когнитивная [36], которые внесли важный вклад как в понимание психологических механизмов развития депрессии, так и в ее немедикаментозную терапию. Лекарственное лечение депрессивных расстройств также дало импульс для появления новых парадигм. Здесь следует выделить прежде всего моноаминовую [37], цитокиновую [38] и нейротрофиновую [39] гипотезы, давшие импульс изучению патогенеза депрессии. Концепция ответа на психофармакотерапию депрессии [40] стала основой для повышения качества оценки эффективности ее лечения. Изучение эпидемиологии депрессии также дает возможности для расширения ее концепций. В этой связи интерес представляет теория более низких показателей депрессии в крупных городских районах США [41], которая актуализирует ранние исследования ее распространенности в разных популяциях.

С учетом сказанного становится очевидным, что эпидемиологические показатели депрессии, получа-

емые в исследованиях, могут иметь различия в зависимости от концепции, которой придерживаются исследователи, и применяемой методологии. Поэтому данные показатели имеют заметный разброс. Вместе с тем накопление данных о распространенности депрессивных расстройств в дифференцированных популяциях дает возможности для рождения более полных парадигм.

В США 50% лиц с большой депрессией наблюдаются у врачей общей практики и всего лишь 20% — у психиатров [42]. В Объединенном королевстве только 10% пациентов оказываются у психиатра [43]. В Греции это показатель составляет менее 5% [44]. Приведенные данные свидетельствуют о том, что депрессия является проблемой общемедицинской, а не сугубо психиатрической. Сказанное не умаляет роли психиатрии в изучении этого феномена [45], лечении тяжелых [46] и резистентных [47] случаев, образовательной деятельности [48]. Это является одним из приоритетов в мировом здравоохранении, поскольку врачи первичной медицинской сети заинтересованы, чтобы скрининг депрессии и ее диагностика занимали меньше времени, насколько это возможно.

По данным С.В. Montano [49], из 20–30 пациентов, которых может принимать врач в рабочий день, примерно у трети присутствуют симптомы депрессии, и у 2–3 будет клинически оформленная большая депрессия. При этом в практику семейного врача входит измерение артериального давления, но не входит скрининг на депрессию, даже несмотря на то, что она встречается не менее часто, чем гипертония. Скрининговый метод подразумевает заполнение вопросника пациентом самостоятельно, что можно сделать в ожидании приема врача. Поэтому все пациенты должны быть подвергнуты скринингу, даже если очевидно, что на первом плане имеется соматическая патология.

Как известно, страдания, которые причиняют депрессивные расстройства и соматические заболевания, являются достаточно выраженными и часто вызывают психологическую боль. Это длительное неприятное и неустойчивое чувство, характеризующееся ощущением неспособности или неполноценности себя, а также неудовлетворенными психологическими потребностями и социальной разобщенностью. Психологическая боль является важным аспектом депрессивного расстройства и связана с более высоким риском суицидальных мыслей и суицидального поведения. При депрессии повышается чувствительность к психологической и физической боли. И наоборот, более высокая толерантность к физической боли связана с суицидальным поведением [50]. Следовательно, как можно более ранняя

диагностика депрессии является залогом превенции суицидального поведения за счет своевременного начала лечения депрессии. Как известно, депрессия и суицидальное поведение наряду с генетической связью имеют целый ряд общих психосоциальных факторов: низкий образовательный уровень, низкооплачиваемая работа или безработица, нестабильное социально-психологическое положение, фрустрация базовых потребностей, потери и др. [51]. Следует также подчеркнуть, что более 90% лиц, совершающих суициды, переносят, по крайней мере, одно психическое расстройство, относящееся к большой психиатрии, причем наиболее распространенным является большое депрессивное расстройство — 56–87% [52]. Оно служит одной из основных причин хронической инвалидности [53] и затрагивает 350 млн человек во всем мире [54].

Прежде чем более подробно перейти к вопросу о распространенности депрессии в общемедицинской сети, сделаем акцент на распространенности депрессивных расстройств в общей популяции, показав исходный уровень проблемы.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В МИРЕ

Наиболее известное масштабное многоцентровое международное исследование, которое было реализовано в разных странах на всех континентах, показало среднюю распространенность депрессии в течение 1 мес. Она составила 5,8% [55]. В это же время было опубликовано другое крупнейшее эпидемиологическое проспективное исследование (Epidemiologic Catchment Area) Национального института психического здоровья США. Согласно его данным, 9,5% населения страны старше 18 лет в течение 1 года перенесли расстройство настроения [56]. В еще одном эпидемиологическом исследовании («Исследование коморбидности населения») выявлено, что в течение 1 года частота встречаемости аффективных расстройств у жителей США находится на уровне 11,3% [57]. На европейском континенте уровень большой депрессии примерно 7% [58]. В 1996 г. Гарвардская школа здравоохранения, основываясь на материалах Всемирной организации здравоохранения и Всемирного банка, опубликовала расчеты и прогноз распространенности депрессивных расстройств в мире. Согласно этим данным, депрессия в 1990 г. по тяжести ведущих причин бремени болезни занимала 4-е место, а по базовому сценарию развития к 2020 г. должна была выйти на 2-е место после ишемической болезни сердца [59]. В настоящее время необходимы ревизия базового сценария развития и открытие новой дискуссии по проблемам изучения депрессив-

ных расстройств в изменившихся условиях – психологическое состояние общества в период пандемии COVID-19 и карантинных мер, а также накануне перехода здравоохранения на 11-й пересмотр международной классификации болезней.

Эпидемиологические исследования в психиатрии считаются одними из ее научных основ [60] и традиционно имеют крайнюю актуальность в силу высокой распространенности психических и поведенческих расстройств, появления новых оценочных инструментов, смены подходов, например постепенный переход в диагностике от категориального к дименсиональному. Данные, получаемые в эпидемиологических исследованиях, очерчивают приоритетные задачи психиатрии, что определяет ведущие направления в исследованиях, направленные на совершенствование диагностики, качества помощи и ее организации. Эпидемиология в психиатрии вносит свой вклад в прогрессивный рост доказательной базы, необходимой для определения экономической эффективности таких инициатив и действий [61]. Упомянутые выше крупные эпидемиологические исследования и многие другие, не вошедшие в данный обзор литературы, обозначили постоянный рост распространенности депрессивных расстройств, установили важность междисциплинарных исследований расстройств настроения и создали платформу для развития и интеграции методов оказания помощи пациентам с депрессией на основе биологических, психологических и социальных подходов. Также именно эпидемиологическими исследованиями подчеркнуто, что в службах психического здоровья наблюдается меньшее число пациентов с депрессивными расстройствами. Это привело к необходимости внедрения стандартов их диагностики и лечения в соматические медицинские службы, включая первичное звено здравоохранения [62].

За последние три десятилетия во многих странах было сделано достаточно изменений, чтобы пациенты первичной медицинской сети имели возможность доступных диагностики и лечения депрессии, включая ее скрининг и оценку эффективности и безопасности проводимой терапии. Также благодаря прорывам в психофармакологии, психотерапии и инженерных технологиях, существенно расширилось меню эффективных психотропных и нефармакологических вариантов лечения. Проведены десятки испытаний, показывающих преимущества, а также рентабельность лечения депрессии в первичной медицинской сети и некоторые попытки дестигматизации психического расстройства. Депрессия вошла в базу медицинских приоритетов наряду с такими соматическими болезнями, как гипертония и сахарный диабет [63].

Среди пациентов соматических стационаров распространенность депрессивных расстройств варьирует от 9 до 66%, этот разброс обусловлен, с одной стороны, разной частотой депрессии для определенных заболеваний, с другой – отличающимися методологиями исследований [64]. Иллюстрируем это данными, полученными в разные годы в ходе исследований коморбидности депрессии и соматических заболеваний (табл.).

Таблица

Распространенность депрессии у пациентов в соматических стационарах		
Заболевания	Распространенность депрессии, %	Исследование
Постинсультный период	47–50	A. Carota, J. Bogousslavsky [65]
Травматические повреждения мозга	≈20	G.P. Prigatano [66]
Эпилепсия	23	A.C. Viguera и соавт. [67]
Болезнь Гентингтона	38	A.M. Codori и соавт. [68]
Рассеянный склероз	18–27	R.M. Sobel и соавт. [69]
Постинфарктный период	≈9–≈66	L. Feng и соавт. [70]
Ишемическая болезнь сердца, требующая аортокоронарного шунтирования	40–50	E. Hayes и соавт. [71]
Ишемическая болезнь сердца на начальной стадии	17	W. Jiang, J.R. Davidson [72]
Сахарный диабет	9–27	N. Hermanns и соавт. [73]
Болезнь Аддисона	50	M. Fornaro и соавт. [74]
Гипертиреоз	30	A. Suwalska и соавт. [75]
Хроническая боль, связанная с онкологическими заболеваниями	>15	M.E. Geisser и соавт. [76]
Рак поджелудочной железы	50	C.P. Carney и соавт. [77]
Рак ротовой полости и глотки	22–40	S. Reisine и соавт. [78]
Рак ободочной кишки	13–25	M. Stommel и соавт. [79]

На примере данных метаанализа [70], с наибольшим разбросом можно констатировать, что объединенная распространенность депрессии в постинфарктный период значительно различается по регионам, инструментам, используемым для определения депрессии, качеству исследования, полу, расе, общирности поражения миокарда и диабетическому статусу. Таким образом, данное исследование показало, что на распространенность депрессии при какой-либо патологии может влиять третье заболевание или наличие ряда сопутствующих болезней. Это же исследование показывает общую распространенность депрессии у пациентов с инфарктом миокарда,

которая составляет 28,7%. Всего подсчитано, что у 50% пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями диагностируются расстройства настроения [80]. Причем имеются данные о том, что депрессия может способствовать развитию и прогрессированию болезней сердца [81].

Данные о распространенности депрессии среди пациентов соматических стационаров отчетливо показывают, что при соматических заболеваниях она встречается довольно часто. Принимая во внимание приведенные выше тренды по бремени болезни [59], имеются полные основания для разработки и принятия неотложных мер специфической психопрофилактики как в отношении соматических заболеваний, так и в отношении депрессивных расстройств. Это также относится и к лечению подобных случаев коморбидности. Существующие сегодня вызовы для здравоохранения затрагивают не только сугубо клинические проблемы, но и ставят вопросы экономического и гуманитарного значения. Это прежде всего связано с пандемией COVID-19, которая оказала серьезное влияние на психическое здоровье населения планеты, усугубила течение соматических заболеваний, привела к принятию карантинных мер, которые способствовали ухудшению мобильности, сужению круга общения, накоплению стрессовых переживаний, в том числе связанных с потерей близких людей, ухудшила доступность медицинской помощи [82].

Коморбидность депрессии и соматических заболеваний не является однородным феноменом. Существуют зависимые и независимые случаи. Но современные классификации [5, 10] их разводят в разные клинические категории, например, депрессия не рассматривается как реакция на соматическое заболевание, а типичные для депрессии симптомы, такие как снижение настроения, анергия и ангедония, а также инсомнии, тоска и тревога, не относятся к симптомам соматических болезней [49]. Наличие соматических заболеваний у пациентов с депрессивными расстройствами может быть объяснено опосредующими механизмами, такими как нездоровый образ жизни и неблагоприятные патофизиологические нарушения [83]. Есть альтернативные объяснения соматической коморбидности у людей с депрессией: генетическая плейотропия, ятрогенные эффекты и феномен «соматической депрессии». В последнем случае симптомы депрессии являются следствием клинических или субклинических соматических состояний [84].

Клиническая эпидемиология внесла существенный вклад в понимание коморбидности, но до сих пор не привела к общей методологии исследований. С одной стороны, это связано с постоянной сменой парадигм, с другой – традициями диагностики, при-

нятыми в разных странах. Это касается не только дублирующих систематик [5, 10], но и психометрии, которая в одних случаях применяется в форме вопросников, в других – в виде шкальных оценок.

Разобщенность в диагностических подходах касается и медицинских специальностей, а также клинической и медицинской психологии, которые в должной мере не востребованы в общественном здравоохранении, хотя именно психология дала толчок развитию и прогрессу психологического консультирования и психотерапии, в том числе в отношении депрессивных расстройств [85]. Медицина со своей стороны имеет ограничения во взаимодействии в системе «врач – пациент». Это происходит в силу интенсивного проникновения в медицину высоких технологий, включая искусственный интеллект, что обезличивает как медицинскую помощь, так и самих пациентов [86].

Основываясь на представленных данных, можно констатировать, что депрессия является крайне распространенным и тяжелым заболеванием, часто приводящим к инвалидизации пациентов. Кроме того, депрессивные расстройства имеют склонность к хронизации и рецидивирующему течению [87] и встречаются во всех возрастных группах [88]. При этом уровень депрессии более высокий у людей с различными вариантами физического [89], психологического [90] и социального [91] неблагополучия. К этому следует добавить, что высокая распространенность депрессивных расстройств и понимание ограничений для служб психического здоровья охвата всех людей, ими страдающих, способствовали трансляции психиатрических подходов в соматическую медицину [92]. Терапия депрессий вне традиционных психиатрических служб также является возможной благодаря появлению новых поколений антидепрессивных препаратов, которые имеют меньший набор нежелательных явлений в процессе терапии, что позволяет лечить нетяжелые случаи депрессии амбулаторно [40].

ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИИ

Также необходимо упомянуть возможности для нелекарственной терапии депрессии в первичной медицинской сети, здесь речь идет, прежде всего, о психотерапии [93] и социальной поддержке [94]. В этой связи актуализируется вопрос совершенствования организации моделей помощи, использующихся в общей медицине для лечения депрессии [95]. Обобщая сказанное, можно говорить об устойчивой тенденции в заинтересованности медицинских и клинических психологов в изучении условий формирования депрессивных расстройств, их психодиагностике, разработке и совершенствовании стандартов

психологического консультирования и терапии. В свою очередь, социальные работники обеспечивают необходимую помощь по восстановлению утраченных навыков, трудоспособности и адаптации. Таким образом, депрессия является своеобразной моделью движения в междисциплинарное пространство.

Наиболее полно это движение нашло отражение в биопсихосоциальной модели, которая оказалась релевантной и для депрессии [96]. Система помощи в рамках данной модели гораздо шире конвенциональных подходов, принятых в институциональной психиатрии, где доминирует лекарственное лечение. Поэтому подходы к организации помощи при депрессии не могут быть только сферой деятельности психиатрии биомедицинского типа. Настоящий процесс междисциплинарной интеграции играет положительную роль, которая заключается в повышении доступности психиатрической помощи для населения. Развитие качественного междисциплинарного подхода и построение интегративной медицины могут сыграть серьезную роль в создании единого понимания человека в его соматопсихической целостности на разных уровнях иерархической организации многозначными коррелятами.

Таким образом, для современного развития общественного здравоохранения проблема изучения депрессии, условий ее формирования, клиники и коморбидности имеет первостепенное значение. Переход от унитарной концепции депрессии к биопсихосоциальной модели и междисциплинарным подходам дает, с одной стороны, большие возможности для ее понимания, а с другой – расширяет арсенал средств помощи пациентам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленном обзоре рассмотрены предпосылки и эволюция взглядов на понимание депрессии, ее биологическая природа, психологические детерминанты, социальные причины, изменения в классификационных подходах и основные концепции. Несмотря на явное понимание клиницистами наличия существенных психологических переживаний и проблем у своих пациентов, которые соответствуют диагностическим критериям клинической депрессии, она еще недостаточно хорошо распознается в соматической медицине. По этой причине пациенты с депрессивными расстройствами часто переносят продолжительные страдания, лежащие тяжелым грузом на них самих, их близких, родственников, социальную сеть, системы здравоохранения и общество в целом. В настоящее время имеются существенные достижения в распознавании, фармако- и психотерапии депрессивных расстройств, изучении их этиоло-

гии, патогенеза, клинической картины, течения и прогноза. Поэтому важнейшей задачей для специалистов является трансляция знаний и опыта, накопленных по данному вопросу исследователями в сфере охраны психического здоровья, в общесоматическую сеть, центры психосоциальной реабилитации для повышения эффективности помощи клиентам этих служб, страдающих депрессивными расстройствами.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8 Auflage. Leipzig, 1913;3/2. (In Germ.).
2. Leonhard K. The classification of endogenous psychoses. N.Y.: Irvington Publ., 1960:452.
3. Angst J., Perris C. Zur nosologie endogener depression. Vergleich der Ergebnisse zweier Untersuchungen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. 1968;210(4):373–386. (In Germ.). DOI: 10.1007/BF00342013.
4. World Health Organization: Mental disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases. Geneva: WHO, 1978.
5. World Health Organization ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO, 1992.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.) (DSM-III). Washington, DC: APA, 1980.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.) (DSM-III-R). Washington, DC: American psychiatric Association, 1987.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM-IV). Washington, DC: American psychiatric Association, 1994.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington DC: American Psychiatric Publishing Incorporated, 2000.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Publishing Incorporated, 2013. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.
11. Dhir A., Kulkarni S.K. New therapeutic promises in the treatment of depression and schizophrenia. *Drug News & Perspectives*. 2008;21(10):581–592.
12. Shi Y., Zhang L., Wang Z., Lu X., Wang T., Zhou D. et al. Multivariate machine learning analyses in identification of major depressive disorder using resting-state functional connectivity: A multicentral study. *ACS Chemical Neuroscience*. 2021;12(15):2878–2886. DOI: 10.1021/acscchemneuro.1c00256.
13. Yankovskaya A.E., Kornetov A.N., Il'inskikh N.N., Obukhovskaya V.B. An expansion of intelligent systems complex for express-diagnostics and prevention of organizational stress, depression, and deviant behavior on the basis of the biopsychosocial approach. *Pattern Recognition and Image Analysis (Advances in Mathematical Theory and Applications)*. 2017;27(4):783–788. DOI: 10.1134/S1054661817040204.
14. Давыдовский И.В. Общая патология человека. М.: Медицина, 1969:611.

15. Harris M.G., Kazdin A.E., Chiu W.T., Sampson N.A., Aguilar-Gaxiola S., Al-Hamzawi A. et al. Findings from world mental health surveys of the perceived helpfulness of treatment for patients with major depressive disorder. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(8):830–841. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1107.
16. Thornicroft G., Tansella M., Goldberg D. The mental health matrix: A manual to improve services. Cambridge: Cambridge University Press, 1999:291. DOI: 10.1017/CBO9780511549557
17. Rutz W., von Knorring L., Pihlgren H. et al. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet*. 1995; 345(8948):524. DOI: 10.1016/S0140-6736(95)90622-3
18. Slone L.B., Norris F.H., Murphy A.D. et al. Epidemiology of major depression in four cities in Mexico. *Depression and anxiety*. 2006; 23(3):158–167. DOI: 10.1002/da.20137
19. Montgomery S.A. Why do we need new and better antidepressants? *International Clinical Psychopharmacology*. 2006;21 (Suppl.1):S1–S10. DOI: 10.1097/01.yic.0000199455.39552.1c.
20. Айбасова Г.Х. Тенденции развития и нормативное регулирование деятельности служб психического здоровья в мире (литературный обзор). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2004;(4):93–101.
21. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: МЕДпресс-информ, 2002:608.
22. Положий Б.С., Вернекина Н.С., Хруленко-Варницкий И.О. Низкоинтенсивные лазерные технологии в комплексном лечении депрессивных расстройств. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2003;(1):134–137.
23. Тхостов А.Ш. Психологические концепции депрессии. *Современная психиатрия*. 1998;(6):12–15.
24. McDowell A.K., Lineberry T.W., Bostwick J.M. Practical suicide-risk management for the busy primary care physician. *Mayo Clinic Proceedings*. 2011.86(8):792–800. DOI: 10.4065/mcp.2011.0076.
25. Schneider K. Klinische psychopathology. Stuttgart: G.Th. Verlag, 1962:257. (In Germ.).
26. Winokur G., Cadoret R., Baker M., Dorzab J. Depression spectrum disease versus pure depressive disease: Some further data. *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*. 1975;127:75–77. DOI: 10.1192/bjp.127.1.75.
27. Van Valkenburg C. Depression spectrum disease or character spectrum disorder? A clinical study of major depressives with familial alcoholism or sociopathy. *Comprehensive Psychiatry*. 1983;24(6):589–595. DOI: 10.1016/0010-440x(83)90027-5
28. Akiskal H.S., Webb W.L. Jr. Affective disorders: I. Recent advances in clinical conceptualization. *Hospital & Community Psychiatry*. 1983;34(8):695–702. DOI: 10.1176/ps.34.8.695.
29. Cassano G.B., Musetti L., Perugi G., Soriani A., Mignani V., McNair D.M., Akiskal H.S. A proposed new approach to the clinical subclassification of depressive illness. *Pharmacopsychiatry*. 1988;21(1):19–23. DOI: 10.1055/s-2007-1014640.
30. Тиганов А.С. Аффективные расстройства и их синдромообразование. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1999;99(1):8–10.
31. Вертоградова О.П. Возможные подходы к типологии депрессий. *Депрессия (психопатология, патогенез)*. М., 1980:9–16.
32. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Депрессия – актуальные проблемы систематики. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012;112(11-2):11–20.
33. Kreins S.H. Mental depression and their treatment. N.Y., 1957.
34. Blatt S.J. Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1998;46(3):722–752.
35. Depue R.A., Iacono W.G. Neurobehavioral aspects of affective disorders. *Annual Review of Psychology*. 1989;40:457–492. DOI: 10.1146/annurev.ps.40.020189.002325.
36. Beck A.T. Cognition, affect, and psychopathology. *Archives of General Psychiatry*. 1971;24(6):495–500. DOI: 10.1001/archpsyc.1971.01750120011002.
37. Aberg-Wistedt A. The antidepressant effects of 5-HT uptake inhibitors. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*. 1989;(8):32–40.
38. Capuron L., Dantzer R. Cytokines and depression: the need for a new paradigm. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2003;17(Suppl.1):S119–S124. DOI: 10.1016/s0889-1591(02)00078-8.
39. Haase J., Brown E. Integrating the monoamine, neurotrophin and cytokine hypotheses of depression—a central role for the serotonin transporter? *Pharmacology & Therapeutics*. 2015;147:1–11. DOI: 10.1016/j.pharmthera.2014.10.002.
40. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995:568.
41. Stier A.J., Schertz K.E., Rim N.W., Cardenas-Iniguez C., Lahey B.B., Bettencourt L.M.A. et al. Evidence and theory for lower rates of depression in larger US urban areas. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2021;118(31):e2022472118. DOI: 10.1073/pnas.2022472118.
42. Pérez-Stable E.J., Miranda J., Muñoz R.F., Ying Y.W. Depression in medical outpatients. Underrecognition and misdiagnosis. *Archives of Internal Medicine*. 1990;150(5):1083–1088. DOI: 10.1001/archinte.1990.00390170113024.
43. Goldberg D. The treatment of mental disorders in general medicine settings. *General Hospital Psychiatry*. 1992;14(2):83–85. DOI: 10.1016/0163-8343(92)90032-6.
44. Madianos M.G., Stefanis C.N. Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1992;27(5):211–219. DOI: 10.1007/BF00788931.
45. Goodman D.R., Daouk S., Sullivan M., Cabrera J., Liu N.H., Barakat S. et al. Factor analysis of depression symptoms across five broad cultural groups. *Journal of Affective Disorders*. 2021;282:227–235. DOI: 10.1016/j.jad.2020.12.159.
46. Rivero-Santana A., Perestelo-Perez L., Alvarez-Perez Y., Ramos-Garcia V., Duarte-Diaz A., Linertova R. et al. Stepped care for the treatment of depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021;294:391–409. DOI: 10.1016/j.jad.2021.07.008.
47. Davies P., Ijaz S., Williams C.J., Kessler D., Lewis G., Wiles N. Pharmacological interventions for treatment-resistant depression in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019;12(12):CD010557. DOI: 10.1002/14651858.CD010557.pub2.

48. Kornetov A. Old age psychiatry: training in Siberia. *Mental Health Reforms*. 2002;7(2):7-8.
49. Montano C.B. Recognition and treatment of depression in a primary care setting. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1994;55(Suppl.):18-34; discussion 35-37.
50. Conejero I., Olié E., Calati R., Ducasse D., Courtet P. Psychological pain, depression, and suicide: recent evidences and future directions. *Current Psychiatry Reports*. 2018;20(5):33. DOI: 10.1007/s11920-018-0893-z.
51. Ando S., Kasai K., Matamura M., Hasegawa Y., Hirakawa H., Asukai N. Psychosocial factors associated with suicidal ideation in clinical patients with depression. *Journal of Affective Disorders*. 2013;151(2):561-565. DOI: 10.1016/j.jad.2013.06.047.
52. Oquendo M.A., Galfalvy H., Russo S., Ellis S.P., Grunebaum M.F., Burke A. et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 2004;161(8):1433-1441. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.8.1433.
53. Ferrari A.J., Charlson F.J., Norman R.E., Patten S.B., Freedman G., Murray C.J. et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Medicine*. 2013;10(11):e1001547. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001547.
54. Mathers C., Fat D.M., Boerma J.T. The Global burden of disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization, 2008.
55. Ustün T.B., Sartorius N. Public health aspects of anxiety and depressive disorders. *International Clinical Psychopharmacology*. 1993;8(1):15-20. DOI: 10.1097/00004850-199309001-00002.
56. Regier D.A., Narrow W.E., Rae D.S., Manderscheid R.W., Locke B.Z., Goodwin F.K. The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*. 1993;50(2):85-94. DOI: 10.1001/archpsyc.1993.01820140007001.
57. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S., Nelson C.B., Hughes M., Eshleman S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1994;51(1):8-19. DOI: 10.1001/archpsyc.1994.03950010008002.
58. Veerman J.L., Dowrick C., Ayuso-Mateos J.L., Dunn G., Bartendregt J.J. Population prevalence of depression and mean Beck Depression Inventory score. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*. 2009;195(6):516-519. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.066191. Erratum in: *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*. 2016;209(5):436.
59. Murray J.L., Lopez A.D. (eds.). The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease. Injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020 (Summary). WHO, World Bank, Harvard School of Public Health, 1996.
60. Tohen M., Bromet E., Murphy J.M., Tsuang M.T. Psychiatric epidemiology. *Harvard Review of Psychiatry*. 2000(3):111-125.
61. Barbu C., Gureje O., Patten S.B., Puschner B., Thornicroft G. On the need for epidemiology in psychiatric sciences. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2019;29:e1. DOI: 10.1017/S2045796019000507.
62. Alson A.R., Robinson D.M., Ivanova D., Azer J., Moreno M., Turk M.L. et al. Depression in primary care: Strategies for a psychiatry-scarce environment. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2016;51(2):182-200. DOI: 10.1177/0091217416636580.
63. Kroenke K. Depression screening and management in primary care. *Family Practice*. 2018;35(1):1-3. DOI: 10.1093/fampra/cmz129.
64. Read J.R., Sharpe L., Modini M., Dear B.F. Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2017;221:36-46. DOI: 10.1016/j.jad.2017.06.009.
65. Carota A., Bogousslavsky J. Poststroke depression. *Advances in Neurology*. 2003;92:435-445.
66. Prigatano G.P. Disturbances of self-awareness and rehabilitation of patients with traumatic brain injury: a 20-year perspective. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2005;20(1):19-29. DOI: 10.1097/00001199-200501000-00004.
67. Viguera A.C., Fan Y., Thompson N.R., Lapin B., Chaitoff A., Griffith S.D. et al. Prevalence and predictors of depression among patients with epilepsy, stroke, and multiple sclerosis using the Cleveland clinic knowledge program within the neurological institute. *Psychosomatics*. 2018;59(4):369-378. DOI: 10.1016/j.psych.2017.12.003.
68. Codori A.M., Slavney P.R., Rosenblatt A., Brandt J. Prevalence of major depression one year after predictive testing for Huntington's disease. *Genetic Testing*. 2004;8(2):114-119. DOI: 10.1089/gte.2004.8.114.
69. Sobel R.M., Lotkowski S., Mandel S. Update on depression in neurologic illness: stroke, epilepsy, and multiple sclerosis. *Current Psychiatry Reports*. 2005;7(5):396-403. DOI: 10.1007/s11920-005-0043-2.
70. Feng L., Li L., Liu W., Yang J., Wang Q., Shi L. et al. Prevalence of depression in myocardial infarction: A PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(8):e14596. DOI: 10.1097/MD.00000000000014596.
71. Hayes E., Mehta P., Mehta J.L. Depression in heart disease—a plea for help! *Indian Heart Journal*. 2005;57(4):360-363.
72. Jiang W., Davidson J.R. Antidepressant therapy in patients with ischemic heart disease. *American Heart Journal*. 2005;150(5):871-881. DOI: 10.1016/j.ahj.2005.01.041.
73. Hermanns N., Kulzer B., Krichbaum M., Kubiak T., Haak T. How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetes-specific emotional problems and standard clinical assessment. *Diabetologia*. 2006;49(3):469-477. DOI: 10.1007/s00125-005-0094-2.
74. Fornaro M., Iovieno N., Clementi N., Boscaro M., Paggi F., Balercia G. et al. Diagnosis of co-morbid axis-I psychiatric disorders among women with newly diagnosed, untreated endocrine disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry: the Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. 2010;11(8):991-996. DOI: 10.3109/15622975.2010.491126.
75. Suwalska A., Lacka K., Lojko D., Rybakowski J.K. Quality

- of life, depressive symptoms and anxiety in hyperthyroid patients. *Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku* (1995). 2005;50(1):61–63.
76. Geisser M.E., Cano A., Foran H. Psychometric properties of the mood and anxiety symptom questionnaire in patients with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*. 2006;22(1):1–9. DOI: 10.1097/01.aip.0000146180.55778.4d.
 77. Carney C.P., Jones L., Woolson R.F., Noyes R. Jr., Doebbeling B.N. Relationship between depression and pancreatic cancer in the general population. *Psychosomatic Medicine*. 2003;65(5):884–888. DOI: 10.1097/01.psy.0000088588.23348.d5.
 78. Reisine S., Morse D.E., Psoter W.J., Eisenberg E., Cohen D., Cleveland D. et al. Sociodemographic risk indicators for depressive symptoms among persons with oral cancer or oral epithelial dysplasia. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery: Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2005;63(4):513–520. DOI: 10.1016/j.joms.2004.12.006.
 79. Stommel M., Kurtz M.E., Kurtz J.C., Given C.W., Given B.A. A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2004;23(6):564–573. DOI: 10.1037/0278-6133.23.6.564.
 80. Akhtar M.S., Malik S.B., Ahmed M.M. Symptoms of depression and anxiety in post-myocardial infarction patients. *Journal of the College of Physicians and Surgeons – Pakistan: JCPSP*. 2004;14(10):615–618. DOI: 10.2004/JCPSP.615618.
 81. Sher Y., Lolak S., Maldonado J.R. The impact of depression in heart disease. *Current Psychiatry Reports*. 2010;12(3):255–264. DOI: 10.1007/s11920-010-0116-8.
 82. Vindegaard N., Benros M.E. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020;89:531–542. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.048.
 83. Haug T.T., Mykletun A., Dahl A.A. The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: the HUNT-II study. *Psychosomatic Medicine*. 2004;66(6):845–851. DOI: 10.1097/01.psy.0000145823.85658.0c.
 84. Penninx B.W., van Dyck R. Depressie en somatische comorbiditeit. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 2010;154:A1784. (In Dutch.).
 85. Cuijpers P., Karyotaki E., Eckshtain D., Ng M.Y., Corteselli K.A., Noma H. et al. Psychotherapy for depression across different age groups: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(7):694–702. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.0164.
 86. Blease C., Locher C., Leon-Carlyle M., Doraiswamy M. Artificial intelligence and the future of psychiatry: Qualitative findings from a global physician survey. *Digital Health*. 2020;6:2055207620968355. DOI: 10.1177/2055207620968355.
 87. Schramm E., Klein D.N., Elsaesser M., Furukawa T.A., Domschke K. Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(9):801–812. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30099-7.
 88. Корнетов А.Н. Онтогенетические аспекты депрессивных расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2003;103(8):80–81.
 89. Hegeman J.M., van Fenema E.M., Comijs H.C., Kok R.M., van der Mast R.C., de Waal M.W.M. Effect of chronic somatic diseases on the course of late-life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2017;32(7):779–787. DOI: 10.1002/gps.4523.
 90. Hammen C. Risk factors for depression: An autobiographical review. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2018;14:1–28. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811.
 91. Solé E., Racine M., Tomé-Pires C., Galán S., Jensen M.P., Miró J. Social factors, disability, and depressive symptoms in adults with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*. 2020;36(5):371–378. DOI: 10.1097/AJP.0000000000000815.
 92. Klinkman M.S. The role of algorithms in the detection and treatment of depression in primary care. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2003;64(2):19–23.
 93. Cuijpers P., Quero S., Dowrick C., Arroll B. Psychological treatment of depression in primary care: Recent developments. *Current Psychiatry Reports*. 2019;21(12):129. DOI: 10.1007/s11920-019-1117-x.
 94. Gariépy G., Honkaniemi H., Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*. 2016;209(4):284–293. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.169094.
 95. Cameron C., Habert J., Anand L., Furtado M. Optimizing the management of depression: primary care experience. *Psychiatry Research*. 2014;220(1):S45–S57. DOI: 10.1016/S0165-1781(14)70005-8.
 96. Adler R.H. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research*. 2009;67(6):607–611. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2009.08.008.

Информация об авторе

Корнетов Александр Николаевич – д-р мед. наук, зав. кафедрой фундаментальной психологии и поведенческой медицины, СИБГМУ, г. Томск, alcornetov@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-2342-7504>

(✉) **Корнетов Александр Николаевич**, alcornetov@gmail.com

Поступила в редакцию 14.07.2021;
одобрена после рецензирования 10.08.2021;
принята к публикации 05.10.2021