

Оболонский Ю.В.¹

¹ Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана

Анализ различных методов диагностики депрессивных расстройств вне психиатрической сети

АННОТАЦИЯ:

Депрессия является важнейшей медицинской и психологической проблемой в связи с ее широким распространением у населения, в первичной медицинской сети, среди пациентов, страдающих различными хроническими соматическими заболеваниями, которые лечатся в больницах и клиниках общего и специализированного профиля.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: психология, депрессия, медицинские учреждения, лечение, стационар, профилактика, диагностика

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Оболонский Ю.В. Анализ различных методов диагностики депрессивных расстройств вне психиатрической сети // Живая психология. – 2014. – № 4. – С. 43–56. –

<http://dx.doi.org/10.18334/lp.1.4.2045/>

Оболонский Юрий Владимирович, канд. псих. н., ведущий научный сотрудник, Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана (yury97@rambler.ru)

ПОСТУПИЛО В РЕДАКЦИЮ: 07.10.2014 / ОПУБЛИКОВАНО: 28.12.2014

ОТКРЫТЫЙ ДОСТУП: <http://dx.doi.org/10.18334/lp.1.4.2045/>

(с) Оболонский Ю.В. / Публикация: Издательский дом "БИБЛИО-ГЛОБУС"

Статья распространяется по лицензии Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>)

ЯЗЫК ПУБЛИКАЦИИ: русский



Metadata in English is available.

For detailed information, please, visit <http://dx.doi.org/10.18334/lp.1.4.2045/>

Депрессия – широко распространенное заболевание, но, к счастью, существуют эффективные и разнообразные формы лечения этого недуга. Люди часто стесняются рассказать о нем, считая это признаком слабости. Депрессия часто встречается в сочетании с тревожными расстройствами и паническими атаками, а иногда ее трудно отличить от обычных физических заболеваний (особенно тех, что вызывают боль и утомление). Депрессия часто усиливается из-за жизненных проблем, и ее бывает сложно отличить от состояния, в котором человек просто несчастлив.

Почему люди испытывают депрессию? Иногда причины депрессии понятны: обманутые надежды, разочарование или серьезная утрата. Но бывает так, что депрессия возникает без видимых причин – человеку просто плохо, и он не знает почему. Часто депрессия сопровождает физическое заболевание. Люди погружаются в состояние депрессии после различных заболеваний, но некоторые люди страдают больше других, что зависит от особенностей организма и жизненного опыта.

Депрессия свойственна многим, кто страдает зависимостями. Женщины испытывают ее чаще мужчин. Возможно, дело здесь в том, что мужчины реже открывают свои чувства, более замкнуты или выражают эмоции через агрессию или алкогольное опьянение. Недуг наступает даже у самых твердых людей и не является признаком слабости. Ее переживали весьма влиятельные личности. Уинстон Черчилль называл ее «черным псом».

В депрессивном состоянии у человека плохое настроение и недостаток энергии, он не находит удовольствия в жизни. Ему сложно сконцентрироваться на привычных занятиях, он начинает тревожиться о том, что раньше его не волновало, и иногда считает себя полным неудачником. В этом состоянии иногда нарушается сон, наблюдается изменение аппетита – прием пищи становится либо меньше, либо наоборот очень большим. У человека пропадает интерес к сексу. У него могут появиться мысли о самоубийстве и даже планы о его реализации. Механизм депрессии очень прост и одновременно очень сложен и развивается по схеме «внутриличностный конфликт – стресс – неадекватная реакция и неумение управлять своим психическим состоянием в простейших ситуациях – замыкание в себе – депрессия – мысли о суициде – суицид». Самое главное – вовремя вмешаться специалисту в развитие этого процесса, потому что бесконтрольное его развитие ведет к тяжелым последствиям. Самое главное – это профилактика.

Большое исследование было проведено на базе МГТУ имени Н.Э. Баумана, где основными направлениями деятельности были профилактика стресса, депрессий и формирования здорового образа жизни. В 2014 году было проведено 220 собеседований со студентами, которые являлись, по сути, диагностикой личности студента и его психического состояния. Было выявлено 25 студентов в состоянии стресса, 5 студентов были в состоянии высокого стресса. Основная часть была студентами первого курса; многие из них были иногородними. С каждым из них была проведена программа реабилитации, в результате которой через 3–5 встреч с психологом они вышли из состояния стресса. Студенты 2–3 курса наименее подвержены стрессу, за исключением тех, у которых были какие-то личные обстоятельства (семейные проблемы, расставание с близкими). Стрессоустойчивость студентов второго и третьего курса говорит о том, что в университете налажена система адаптации студента и поведения в условиях стресса, высоких учебных нагрузок.

Большое количество исследований депрессий происходит за рубежом; особенно исследуются влияние общества на личность, и нахождение этой личности в информационном поле.

Депрессия является важнейшей медицинской и психологической проблемой в связи с ее широким распространением в общем населении, в первичной медицинской сети, среди пациентов, страдающих различными хроническими соматическими заболеваниями, которые лечатся в больницах и клиниках общего и специализированного профиля, клиентов психологических центров и социальных служб. Врачи самых разных направлений и специализаций нередко наблюдают, что длительные боли, постоянная усталость и отсутствие энергии, негативные мысли, хронические нарушения сна и аппетита, расстройства желудочно-кишечного тракта и нейровегетативные нарушения сочетаются с пониженным настроением пациентов. Далеко не всегда степень выраженности и комплекс этих признаков можно объяснить только причинами, обусловленными происхождением и патогенезом соматических заболеваний.

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 общей медицинской практике. По этой причине многие люди часто

вынуждены переносить длительные страдания, которые ложатся тяжелым грузом на них самих, их родственников и общество в целом.

Сейчас имеются существенные достижения в распознавании и терапии депрессивных расстройств. Поэтому важнейшей задачей является интеграция знаний и опыта, накопленных по данному вопросу, специалистами сферы охраны психического здоровья в общесоматическую сеть, центры психосоциальной реабилитации для повышения эффективности помощи клиентам этих служб, страдающих депрессивными расстройствами.

К одной из основных рекомендаций ВОЗ относится предоставление наибольшему числу людей с депрессивными расстройствами наиболее раннего и быстрого доступа к службам, которые могут обеспечивать лучшую помощь на раннем этапе и предотвращать нерациональное использование различных лекарственных средств. Чтобы добиться этого, необходимо организовывать подготовку персонала здравоохранения, педагогических работников, клинических психологов по основным навыкам в области психического здоровья, при которой роль психиатра, психолога снижается и переходит в рамки консультативной модели, а значение клинических психологов и социальных работников повышается.

В связи с началом развития в настоящее время Федеральной программы подготовки семейных врачей, психологов и врачей общей медицинской практики, распознавание психических и поведенческих расстройств в первичной медицинской сети трудно переоценить. При разумном проведении существующих образовательных программ, школ-семинаров, консультативной психиатрической, психотерапевтической и клинико-психологической помощи и с налаженной связью со специализированной психиатрической службой можно достичь реальных практических результатов в улучшении и изменении отношения ко многим психическим и поведенческим расстройствам. Вероятнее всего, это позитивно повлияет на их ранее выявление, профилактику, улучшение социального функционирования и качества жизни больных; очевидно, приведет к снижению суицидов.

Выявление депрессии как первый шаг в процессе предстоящего возвращения к обычному состоянию страдающего человека имеет такую фундаментальную значимость, что мы отчетливо должны понимать, сколько барьеров существует у самого врача в овладении этими навыками и в межличностном контакте при психологической оценке пациентов.

В целом депрессия может быть пропущена как из-за особенностей характера пациента (от того, как он представляет жалобы), так и из-за характеристик врача, психолога и уровня его подготовки. Трудности в диагностике депрессии связаны и с тем, что клиническая картина отличается значительной изменчивостью в зависимости от больного. Само заболевание носит циклический характер.

Известно, что значительный процент лиц с психическими расстройствами, выявляемый при сплошных исследованиях, никогда не попадает в поле зрения служб психического здоровья. Существенное время в работе врача первичной медицинской помощи и общей терапевтической практики занимают психические расстройства, из-за чего другие могут быть пропущены. Наиболее часто встречающимся из них является депрессия, которая часто сочетается с тревогой. В среднем английский врач общей практики на 2000 курируемых пациентов имеет 60–100 больных с депрессивными расстройствами, 70–80 с тревогой и другими невротическими расстройствами, 50–60 пациентов с преходящими ситуационными нарушениями. Под его наблюдением находятся 6–7 пациентов с аффективными психозами, 4–12 – с шизофренией, 4–5 – с органической деменцией, 5–6 пациентов с лекарственной и алкогольной зависимостями. Таким образом, практически 1/8 часть всех пациентов составляют лица, страдающие психическими расстройствами, среди которых депрессия занимает первое место – 1/20, или 5%. В поликлинической сети досиндромальный уровень депрессивных расстройств достигает 30–40%.

По данным Б.С. Монтано, если врач общей практики в день принимает до 30 пациентов, то состояние 2–3-х из них будет отвечать критериям «большой депрессии», и у 5–7 могут наблюдаться отдельные депрессивные признаки и симптомы. Поскольку они наиболее часто встречаются в общемедицинской практике, для них больше разработано алгоритмов и руководств по тактике ведения.

Терапия депрессивных расстройств (также на разных ее стадиях) в настоящее время имеет значительно более широкий выбор, чем ранее. Сюда же следует включить значительную долю методов психологической интервенции, которая помогает не только в консультировании проблем, но и психологической поддержке комплайенса и расширении возможности осознания переживаний, характерных для когнитивных проявлений депрессии.

Как было показано в ряде исследований организации помощи в первичной медицинской сети, депрессивные расстройства не распознаются в 50% случаев.

Дж.Н. Маркс с соавторами обнаружили, что доктора мужского пола лучше распознавали депрессию у женщин, чем у мужчин. Причем у мужчин она была выявлена примерно одинаково врачами обоих полов. Диагностика была более качественной у пациентов средних лет и менее точна с теми, кто находился в возрастной группе 15–24 года. Овдовевшие пациенты, более вероятно, неправильно воспринимались как психически больные. Студенты до 23 лет плохо признавали психическое расстройство. Более образованные к возрасту 23 лет имели выше вероятность признать заболевание. Безработные с психическими расстройствами чаще вообще не признавались больными. П. Фрилинг с соавторами не контролировали качество диагностики врачами общей практики в течение исследования, но отметили, что пациенты, у которых большая депрессия не была диагностирована, были менее угнетены и подавлены. Те из больных, кто имел меньше понимания своей депрессии, считали, что соматическая болезнь способствовала их депрессии. При этом их заболевание длилось более года. Пациенты, у которых не признали депрессию, страдали от соматизации, и приблизительно половина из них искала помощь по поводу соматических симптомов их психиатрического расстройства. Другой половине пациентов сопутствовали соматические проявления наряду с психиатрическими расстройствами.

В аспекте сочетания соматических заболеваний с депрессивными расстройствами проявления соматических симптомов, относящихся к их психиатрическим расстройствам, затрудняют диагностику. При длительном допсихиатрическом наблюдении 47 пациентов с манифестациями тревожно-депрессивной симптоматики, соматизированные нарушения обнаруживаются с разной локализацией в такой частоте: голова – 98%; грудная клетка – 90%; конечности – 74%; спина – 66%; суставы – 64%; шея – 32%, половые органы – 12,5% и т. д. Следует отметить, что депрессивные расстройства в данном случае сочетались с соматизированным расстройством в понимании его 4-х компонентной структуры, описанной В.Н. Красновым. Соматические проявления являются вероятными, когда пациент имеет тяжелое хроническое соматическое заболевание. Было также показано, что пациенты, у которых одновременно обнаруживались психиатрическая и

социальная причины состояния, более вероятно врачами общей практики будут расцениваться как имеющие депрессию.

В недавнем исследовании диагностики соматизации и депрессии в первичной сети с помощью Опросника здоровья пациента (PHQ) распространенность соматизации составила 19,3%, депрессии – 20%. Подчеркивается, что оценка состояния больных в первичной сети должна быть комплексной, потому что многие пациенты высказывают психосоциальные проблемы в соматических понятиях и терминах, что затрудняет распознавание врачами психиатрической заболеваемости. В целом соматические жалобы, ассоциированные с депрессией, вызывают дистресс в личностном и социальном плане. Особенностью является низкий уровень диагностики соматизации и депрессии у мужчин. Возможно, не последнюю роль в этом играет алекситимия. Пациенты обычно относят эти соматические симптомы к органическим заболеваниям, поэтому они маскируют депрессию. Ошибки в распознавании депрессивного синдрома в таких случаях приводят к отсутствию адекватного лечения больного, они ложатся на него тяжелым грузом и приводят к излишним физикальным и лабораторным обследованиям, консультациям, повторным визитам.

Соматические жалобы включают в себя тревогу, повышенную слабость или отсутствие энергичности, болевые синдромы (головная боль, боль в спине), снижение веса, функциональные (синдром раздраженной кишки) или структурные (язва желудка), гастроинтестинальные нарушения, предменструальный синдром. В этих случаях рекомендуется прежде всего искать депрессию. Статистические материалы показали, что до 50% психических расстройств имеют болевые синдромы. Указываются и более высокие цифры – до 50-60%. Серотонинергическая теория депрессии в настоящее время является лидирующей, а существенное значение серотонина в активности противоболовых систем мозга давно доказана. Поэтому, например, К.Л. Кирш рекомендует направлять пациентов с хроническими болями к психиатру. По его данным, у 5% лиц, страдающих болевым синдромом, обнаруживаются депрессивные расстройства.

Индивидуумы, у которых симптомы появились недавно, имелся более чем один психиатрический диагноз, или психическое расстройство было тяжелым, также имели более высокий уровень диагностики депрессии в первичной медицинской сети. Те лица, у которых депрессия ошибочно не была выявлена, жаловалась на большую усталость. Отмечена

закономерность, что чем тяжелее соматическое заболевание, тем хуже врачи общей практики распознают большую депрессию. Кроме того, у пациентов с умеренной по тяжести соматической болезнью она приблизительно в 30% случаев не распознается.

По признаку полового диморфизма, как показали данные в первичной медицинской сети, женщины с депрессией, в отличие от мужчин, были более склонны обсуждать симптомы. Это такие признаки и симптомы, как чувство безнадежности, безысходности, снижение аппетита, потеря веса, когнитивные затруднения. При изучении работы врачей с помощью видеосъемки в ежедневной общей практике обнаружено, что у женщин большая депрессия слабо распознается при наличии серьезного соматического заболевания.

Контент-анализ консультаций показал, что у женщин большая депрессия в 10 раз вероятнее будет правильно диагностирована, если они упоминают депрессию в самом начале консультации, а не в конце, или не говорят о настроении вообще. Из этого исследования следует, что распознавание депрессии в общей практике в значительной степени зависит от готовности пациента упомянуть о подавленном настроении доктору. Женщины с легкой и умеренной атипично протекающей депрессией гораздо чаще лечатся у врачей общей практики. Вознесенская Т.Г., в соответствии со взглядами С.Н. Мосолова, наблюдала маскированные и соматизированные депрессии приблизительно у 1/3 больных во время поликлинического приема. При этом типичные симптомы, по ее данным, скрывались за преобладающими жалобами на повышенную утомляемость, хроническую боль, нарушения сна и аппетита, раздражительность, общее недомогание, разбитость, сниженную работоспособность, многочисленные вегетативные симптомы, трудности сосредоточения внимания. Тревога по своей выраженности часто перекрывала депрессию.

С. Дэйвенпорт с соавторами установили, что у пациентов с более тяжелой симптоматикой депрессии она чаще распознается в условиях общей практики, потому что они проявляют устные, голосовые (например, вздохи) признаки, определенные сигналы в позах и реплики во время консультаций. Темпоральные характеристики речи – средняя длительность речи, средняя длительность пауз, общий процент пауз во фразе показали некоторые моторные и идеаторные компоненты различий изученных депрессивных триад.

Экстралингвистические параметры речи с помощью специальной аппаратуры при депрессии, ассоциированной со стрессом, были верифицированы по параметрам речедвигательной активности, уровня громкости и динамического диапазона громкости (в дБ). При начале депрессии обнаружены значимо более низкие показатели средних величин изученных характеристик, чем после лечения, что также можно рассматривать как экстралингвистический паттерн депрессивного расстройства.

Этология как наука прочно образовала этологическую психиатрию. Для первичной помощи или семейной медицины – в силу достаточно характерной экспрессии чувств при депрессии, представлений в ее мимике и пантомимике – врачу следует использовать эти данные в диагностике. Ретардация и ажитации при депрессии являются базовыми соматическими симптомами депрессивного расстройства. Наиболее крупный вклад в представление об архитектонике психического акта, которое имеет отношение к психомоторным актам, был сделан И.М. Сеченовым.

Суть развертывания психического акта заключается в его начальной, центральной и конечной фазах, непосредственно соединяющих его с внешней средой. Предметом психологического исследования по И.М. Сеченову должен стать процесс, развертывающийся не в сознании и даже не в системе бессознательного, а в поведении или в объективной системе отношений. План разработки объективной психологии он выдвинул за 40 лет до так называемой бихевиористской революции. Известно, что одним из замечательных итогов работ И.М. Сеченова в области физиологии и психологии является положение о том, что мышечные сокращения, в том числе мимические, являются конечным этапом психического акта. Он писал по этому поводу: «Все бесконечное разнообразие внешних проявлений мозговой деятельности сводится к одному лишь явлению – мышечному сокращению. Смеется ли ребенок при виде игрушки, улыбается ли Гарибальди, когда его гонят за излишнюю любовь к Родине, дрожит ли девушка при первой мысли о любви, создает ли Ньютон мировые законы и пишет их на бумаге – везде окончательным фактом является мышечное движение».

В некоторых крупных психиатрических руководствах описываются паттерны невербального поведения при депрессии. Типичный внешний вид человека, страдающего депрессии приводят

следующим образом. В одежде и во всем облике заметны черты небрежности. Мимика лица приобретает характерный вид: уголки рта опущены, посредине лба пролегает глубокая вертикальная морщина. Человек реже моргает. Плечи поникшие; голова наклонена вперед, так что взгляд направлен вниз. Жестикуляция сведена к минимуму. Важно отметить, что некоторые больные, несмотря на глубокое чувство депрессии, внешне сохраняют улыбку.

Несколько клинически значимых исследований были посвящены анализу невербального поведения с целью выделения этологических комплексов депрессивного расстройства, которые могут расширить представление врачей вне психиатрической сети во время диагностики, при этом не требуя временных затрат. Наиболее часто отмечался следующий невербальный паттерн: сомкнутые губы, удлинённый рот, опущенные уголки рта, брови со складкой Верагута, усиление рисунка вертикальных морщин на лбу, прищуренные глаза и моргание. Расширенный зрачок как элемент триады депрессии В.П. Протопопова встречался в 20% наблюдений.

При исследовании использовались данные наблюдения фотометрии мимики. В специальном сравнительном анализе методом клинко-этологического исследования 50 пациентов с депрессивным эпизодом и 50 пациентов с депрессивными реакциями изучались по унифицированной методике с помощью телемониторирования в условиях информированного согласия. Дифференцирующими признаками депрессивного эпизода оказались наклон головы вперед, направление взгляда вниз или вниз и в сторону, фиксированные вместе руки, малоподвижная мимика. Характерными также оказались однообразные жесты, фиксированные во времени. Наблюдались общее стирание индивидуального репертуара невербального поведения, обедненность экспрессивных проявлений с редуцированными жестами. Вербальные и невербальные проявления были взаимосвязаны, конгруэнтны и гармонично дополняли общий депрессивный паттерн. Последнее можно интерпретировать как общее торможение «эго-функций» – моторных, когнитивных, эмоциональных. Из особых парных элементов отмечалось сжимание пальцев рук, сплетение пальцев рук, прямое положение туловища или поза «кучера» с опущенными плечами, напряжение мышц тела.

В отечественных исследованиях показано, что длительные периоды лечения и наблюдения в соматической поликлинике больных с

депрессивными расстройствами в ряде случаев связаны с соматическим характером основных жалоб. В работе В.Г. Остроглазова с соавторами у 68 больных было детально подсчитано количество диагностических масок. Их насчитывалось 126, что в среднем составило по 2 на 1 пациента (вегето-сосудистая дистония, гипотония, кардионевроз, стенокардия, кардиопатия и др. Большая часть больных с психическими расстройствами, наблюдающаяся у интернистов общей практики, имеет различные психические расстройства, и это нередко является единственным признаком ларвированных депрессий. Как отмечал Дж.Л. Коулхан, депрессивные больные, обращающиеся к врачам общего профиля, чаще предъявляют жалобы, соответствующие таким заболеваниям, как гипертония, мигрень, бронхит, ожирение, колит, стенокардия. С другой стороны, некоторыми исследователями подчеркивается значение стресса, бессилия и изоляции при развитии депрессий.

По данным В. Рифа с соавторами, примерно у 25% соматически больных отмечаются депрессии легкой или средней тяжести. Особую сложность для диагностики составляет скрытая депрессия, проявляющаяся в 83% случаев хроническими болями. Дж.Р. Смит младший с соавторами считают, что больных, часто обращающихся к врачам общей практики с жалобами на различные боли, следует обследовать для исключения депрессии. По данным этих исследователей, количество лиц с ларвированным характером депрессии составляет от 7,3 до 11,1% всех больных с депрессивными расстройствами. Это наиболее распространенный вид депрессий, который наблюдают врачи, не являющиеся психиатрами.

Насколько врач первичной медицинской сети знаком и чувствует комфортность в знании пациента, настолько четче будет осуществляться диагностика. Если врач видел своего пациента несколько раз в 2–4 недели во время лечения, например, артрита или болевого синдрома, он может отметить не только реакцию на лечение, но и оценить настроение, чувства, семейную жизнь для рассмотрения диагноза маскированной депрессии.

Этот же автор подчеркивает, что больные часто не чувствуют необходимости или сил идти к врачу первичной помощи до позднего вечера. В результате, если уставший врач принимает больного с улучшением к вечеру, возбуждением или инвертированной психомоторной задержкой, он может попасть в ситуацию восприятия

искаженных данных и неправильно интерпретировать информацию о пациенте, которая бы могла позволить диагностировать депрессию. И наоборот, врачи первичной помощи могут избегать беседы о депрессии, потому что враждебность и раздражительность у некоторых таких больных очень выражена и с ней трудно работать без психиатрического опыта.

Большинство консультаций депрессии начинались в первичной сети постепенно. Поведение пациентов, ищущих помощь, оказывалось крайне вариативным, а опыт работы по данной проблеме, накопленный десятилетиями, свидетельствует о возможности эффективно помогать лицам, страдающим депрессивными расстройствами, в условиях общемедицинской практики.

Таким образом, одними из важных задач врачей, работающих в условиях первичной медицинской сети, являются раннее выявление депрессивных расстройств и их терапия в случае наличия знаний и навыка или, по старой «заместительной» модели, своевременное направление больных к специалистам-психиатрам. В большинстве случаев депрессии, встречающиеся в общей практике, соответствуют диагностическим критериям клинического уровня расстройства, хотя клиническая картина у таких больных может быть выражена сравнительно мягко в качестве минорной депрессии, что может затруднять диагностику. Этот факт говорит о необходимости специальных исследований депрессии в дифференцированных популяциях вне психиатрической сети для описания закономерностей проявления депрессивных расстройств и выделения отличий от клинической картины, наблюдающейся в традиционных условиях психиатрической помощи – стационарах.

Из вышеописанного мы можем сделать выводы, что важнейшим в предупреждении депрессии является ее профилактика, которая должна начинаться со школьной скамьи и сопровождаться у студентов. Активно должна вестись диагностическая работа и профилактика непосредственно в производственных коллективах. Психологическое здоровье общества является показателем уровня развития государства, что будет проявляться в качестве жизни и широкого развития каждого члена общества.

ИСТОЧНИКИ:

1. Бек А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо [и др.]. – СПб: Питер, 2003. – 304 с. – (Золотой фонд психотерапии).
2. *Vech A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders.* – N.Y.: A Meridian Book, 1976. – 356 p.
3. Бернс Д. Хорошее самочувствие: новая терапия настроений / Пер. с англ. Л. Славина. – М.: Вече, Персей, АСТ, 1995. – 405 с.
4. Бейтсон Г. Экология разума / Пер с англ. – М.: Смысл, 2000. – 480 с.
5. Уилсон Р. А. Психология эволюции / Пер. с англ. под ред. Я. Невструева. – Киев: ЯНУС, 1998. – 304 с.
6. Серван-Шрейбер Д. Антистресс. Как победить стресс, тревогу и депрессию без лекарств и психоанализа / Пер. с англ. Э.А. Болдиной. – М.: Рипол классик, 2012. – 352 с. – (Новый образ жизни).
7. Оболонский Ю. Общество и личность: Монография. – М.: Издательство Академии повышения квалификации и профессиональной подготовки, 2013.

Yury V. Obolonsky, Candidate of Psychological Sciences, Leading Research Associate, Bauman Moscow State Technical University

Analysis of various techniques to diagnose depressive disorders beyond psychiatric network

ABSTRACT:

Depression is an important medical and psychological problem due to its wide occurrence among the population, in the primary medical network, among the patients suffering from various chronic somatic diseases and being treated in general and specialized hospitals and clinics.

KEYWORDS: psychology, depression, medical facilities, medical treatment, in-patient facility, preventative care, diagnostics
