© ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2025

УДК: 616.895.4
EDN: JMPECS

Статья поступила: 10.01.2025
Принята к публикации: 07.02.2025

СКРИНИНГ РАССТРОЙСТВ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА: КЛИНИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

В.В. Калинин[1], И.В. Дамулин[1, 2], А.А. Земляная[1], Р.В. Ахапкин[1]

[1] Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

[2] ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Россия

Депрессия является одной из основных причин инвалидности и вносит значительный вклад в бремя болезней во всем мире. На фоне геополитических вызовов и актуальности ситуаций стресса, неопределенности, изоляции, угрозы безопасности здоровью и жизни глобальная распространенность депрессивных и тревожных расстройств в последние десятилетия увеличивается [1]. Распространенность депрессии в течение жизни достигает 25% у женщин и 12% у мужчин. В 2018 г. депрессия была третьим по распространенности заболеванием. От нее страдает порядка 280 млн человек во всем мире [2]. При этом депрессия – важный фактор, обусловливающий качество и продолжительность жизни, влияющий на течение и исход сопутствующих заболеваний.

Сочетание хронических заболеваний и депрессии приводит к значительному усугублению состояния и снижению качества жизни. Расстройства тревожно-депрессивного спектра представляют собой серьезную медико-социальную проблему, затрагивающую все медицинские специальности.

Примечательно, что распространенность депрессии или депрессивных симптомов выше у пациентов, обращающихся за медицинской помощью по любым поводам, чем среди населения в целом [3, 4]. У пациентов, имеющих хроническое неврологическое или соматическое заболевание (чаще всего хронические заболевания сердца и легких, артриты), более чем на 40% выше риск развития психиатрической патологии, включая депрессию, чем у здоровых лиц в популяции [5].

Наличие коморбидной депрессивной симптоматики при любых неврологических и соматических заболеваниях снижает эффективность лечения и качество жизни [6–10].

У пациентов с депрессией выше риск инвалидизации и летального исхода вследствие сосудистых заболеваний [11, 12]. Инфаркт миокарда сопровождается депрессивными нарушениями в 15–20% случаев, при этом риск летального исхода в 3,5–6,0 раза выше, чем у пациентов без депрессии [6, 12, 13].

Депрессии являются фактором, провоцирующим соматическое заболевание (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, диабет, псориаз, экзема), утяжеляющим его течение за счет усиления болевых, астенических, вегетативных и других симптомокомплексов, ухудшающим прогноз основного заболевания, осложняющим терапию, повышающим риск неблагоприятных исходов, повторных госпитализаций у больных ишемической болезнью сердца, острыми нарушениями мозгового кровообращения, хронической почечной недостаточностью [14–17].

Значительный вклад тревожно-депрессивные расстройства привносят в формирование фармакорезистентности при артериальной гипертензии [18, 19]. Было показано, что сочетание артериальной гипертензии с депрессией ассоциировано с более высоким риском поражения органов-мишеней, а риск развития инсульта у таких больных в 2,5 раза выше. Примечательно, что распространенность депрессии при артериальной гипертензии достигает 52% [20–24].

Тревога и депрессия – наиболее распространенные психологические симптомы у онкологических пациентов независимо от стадии заболевания, пер-

вичного места опухоли и фазы лечения: поражают примерно одного из четырех пациентов с раком, а вероятность депрессии у них в 5 раз выше, чем у населения в целом. Депрессивные расстройства коррелируют со значительным дистрессом и вероятной инвалидизацией, снижением качества жизни, усилением соматических симптомов (например, боли или тошноты), плохой приверженностью лечению, повышенным риском самоубийства (у людей с депрессией), худшим прогнозом и более высокой смертностью. В практической деятельности важно понимать разницу между непатологическими колебаниями эмоционального состояния, которые не являются интенсивными и представляют собой кратковременные реакции на жизненные трудности, и более специфическими и значимыми психопатологическими состояниями, такими как тревожность и/или депрессивные расстройства [25, 26].

Пациенты с хроническими заболеваниями неврологического профиля более подвержены риску развития депрессии, чем пациенты с соматической патологией. Неврологические заболевания, при которых может возникать депрессия, весьма многочисленны. К ним относятся цереброваскулярные заболевания, рассеянный склероз, экстрапирамидные заболевания, хронические болевые синдромы, эпилепсия, энцефалопатии различного генеза и проч. [10, 27–31]. Патогенез расстройств аффективного спектра при неврологических заболеваниях имеет как реактивные механизмы (реакция на тяжелые инвалидизирующие заболевания, зачастую сопровождающиеся утратой ряда функций), так и общие этиопатогенетические механизмы, связанные с повреждением или дисфункцией определенных структур головного мозга, а также с приемом или отменой отдельных препаратов.

Эпилепсия служит примером такого заболевания. При эпилепсии аффективные и тревожные расстройства встречаются в 5–10 раз чаще, чем в общей популяции. Установлены нейробиологические факторы риска тревожно-депрессивных расстройств, включая расположение эпилептического фокуса в височной доле слева [32], сочетание левостороннего височного фокуса с одновременным нарушением функций фронтальных отделов [33]. Показано, что при левостороннем височном фокусе возникает скорее органическое тревожное расстройство, а при правостороннем фокусе – органическое аффективное расстройство [34, 35]. Установлено значение преморбидных личностных характеристик, в частности алекситимии: у пациентов с алекситимией выраженность практически всех психопатологических симптомов, в том числе депрессии, была значимо выше по сравнению с пациентами без алекситимии [35, 36]. Обнаружены также различные взаимоотношения нейробиологических (в том числе иммунологических) и личностных характеристик у правшей и левшей с эпилепсией [37].

Необходимость выявления депрессивных расстройств при эпилепсии продиктована высоким уровнем суицидов в данной популяции: их частота выше, чем в популяции, примерно в 5 раз [38]. При этом предполагается наличие общих патогенетических механизмов этих двух состояний, что связано с определенными нейротрансмиттерными нарушениями, преимущественно в серотонинергической и ГАМК-ергической системах [39, 40].

Депрессией страдают 30–50% пациентов, перенесших нарушение мозгового кровообращения [28, 41, 42]. Для этой категории больных особенно важно учитывать сложности диагностики в связи с наличием сходных с депрессивными симптомов основного заболевания и возможной гипердиагностики депрессивных расстройств, с одной стороны, а с другой стороны, нарушения высших психических функций могут обусловливать гиподиагностику вследствие недоступности пациентов продуктивному контакту.

Депрессия наблюдается у 45% пациентов с болезнью Паркинсона, однако этот показатель весьма вариабелен и в зависимости от использованных критериев и дизайна исследований варьирует от 4 до 70% [43–46].

Депрессия – одно из наиболее частых расстройств при рассеянном склерозе: она встречается почти у половины больных [47–51], при этом у 20–25% пациентов она настолько выражена, что требует специализированной психиатрической помощи [47].

Методологические аспекты выявления расстройств тревожно-депрессивного спектра

Как правило, пациенты с депрессивными расстройствами обращаются к врачам-терапевтам и врачам общей практики, и только при обнаружении аффективной симптоматики их направляют к психиатрам [52]. В общемедицинской практике депрессия является наиболее часто определяемой формой психической патологии. Депрессивные расстройства составляют около 10% всех обращений к врачам общей практики, уступая по распространенности лишь артериальной гипертензии [10, 15, 53, 54]. При этом если в общей популяции распространенность депрессивных расстройств колеблется от 2,7 до 12% [52, 55, 56], то в первичной

общемедицинской сети эти показатели варьируют от 9,8 до 16,9%. Распространенность расстройств тревожно-депрессивного спектра в соматическом стационаре достигает 20–35% [57–61].

Обращает на себя внимание разброс приводимых в литературе эпидемиологических данных, связанный главным образом с различиями в диагностических подходах. Как правило, психометрические методы выявления аффективных расстройств основаны на применении одной из двух моделей: заполнении шкал самоотчета самими пациентами и оценке симптоматики исследователем (врачом) согласно стандартизованному исследовательскому интервью. При этом оценка распространенности и выраженности аффективных расстройств в исследованиях, основанных на самоотчете пациентов, существенно выше, чем при квалифицированном обследовании. Например, в популяционных исследованиях пациентов, страдающих соматической патологией, расхождение составляет 38,5% против 19,9% [62–66]. Исследования, в которых интервью проводил эксперт (психиатр), показали более низкую распространенность как депрессии, так и тревоги. Так, при использовании одних и тех же методик у пациентов с колоректальным раком исследователи оценивали распространенность депрессии на уровне 54,4% [65], 36,7% [67], 44% [68], а эксперты-психиатры – на уровне 1,6% [69] и 7% [70].

Несоответствие между различными исследованиями может быть связано с отсутствием четких критериев или золотого стандарта для определения депрессии и депрессивных симптомов. Врачи-психиатры, имея возможность общения с пациентом и используя клинико-психопатологический метод, эффективно диагностируют расстройства тревожно-депрессивного спектра. Однако для задач широкого скрининга критически важно иметь возможность обходиться без привлечения психиатров. Во-первых, сравнительно невысокая представленность среди медицинского сообщества специалистов-психиатров не позволяет охватить осмотрами большие объемы пациентов или населения [71]. Делегирование этих функций специалистам, находящимся в непосредственном контакте с пациентами, то есть врачам общей практики, врачам-терапевтам, врачам-специалистам в специализированных отделениях и клиниках соответствующего профиля (кардиологи, ревматологи, онкологи и др.), позволит расширить возможности своевременного выявления аффективных расстройств и оказания помощи. Во-вторых, стигматизация общества в отношении психических заболеваний и психиатрических осмотров, имеющиеся стереотипы, искаженное понимание симптоматики, культуральные и социальные предрассудки служат мощным барьером к доступности психиатрической помощи, который можно преодолеть путем привлечения непрофильных специалистов.

Недостаточная осведомленность общества о симптомах психических расстройств, особенно тревожно-депрессивного спектра, также оказывает негативное влияние на своевременность обращения к психиатрам. Множество людей считает такие симптомы естественными реакциями на стрессовые ситуации или временными состояниями, не требующими медицинского вмешательства. Эта точка зрения формирует представление о том, что тревожные и депрессивные переживания являются частью нормального жизненного цикла и не требуют диагностики или лечения. В случае, когда тревожно-депрессивные симптомы становятся более выраженными, их могут интерпретировать как проявления соматической патологии. Пациенты и даже медицинские работники склонны связывать такие симптомы, как хроническая усталость, болевой синдром, расстройства сна, с терапевтическими заболеваниями, что может приводить к неправильной постановке диагноза и задержке в получении необходимой психиатрической помощи.

Выявление депрессии врачами общей практики не превышает 50% случаев [8, 52–54, 72]. При анализе 2500 пациентов в год на каждые 100 случаев распознанной депрессии приходится 400 нераспознанных случаев [52]. Это указывает на недостаточную подготовленность врачей общей практики в плане своевременной диагностики аффективной патологии. В немалой степени это обусловлено малой специфичностью клинических проявлений депрессии. Так, например, потеря веса и повышенная утомляемость могут отмечаться не только при депрессии, но также при онкологических заболеваниях, сахарном диабете и заболеваниях щитовидной железы [10]. Низкому уровню выявления тревожно-депрессивных расстройств способствует недостаточное обучение медицинских работников основам психиатрии, неполное понимание психопатологии в рамках общей медицинской сети [73]. При этом недостаточная междисциплинарная коммуникация между психиатрами, психологами и терапевтами ограничивает возможность комплексного подхода к оказанию помощи. Во многих регионах имеются проблемы доступности психиатрической помощи вследствие ограниченности ресурсов и финансирования в сфере психического здоровья. В условиях дефицита специализированных учреждений, особенно в регионах с низким уровнем городского

населения, индивиды, страдающие психическими расстройствами, могут испытывать трудности в получении адекватной медицинской помощи [74].

Внимание государства к этим проблемам отражалось в выделении подпрограммы «Психические расстройства» в рамках Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)», однако к радикальному изменению ситуации, в том числе к устранению дефицита кадрового ресурса психиатрической службы для оказания адекватной помощи нуждающимся в ней лицам, реализация программы не привела.

Применение скрининга расстройств тревожно-депрессивного спектра может сыграть ключевую роль в решении всех перечисленных проблем. Решение масштабных задач здравоохранения по профилактике, ранней диагностике и маршрутизации пациентов для оказания помощи при тревожно-депрессивных расстройствах было бы возможно при включении скрининга на расстройства тревожно-депрессивного спектра в программу диспансеризации. Диспансеризация, как систематический процесс регулярного медицинского обследования, имеет особое значение для ранней диагностики психических расстройств. В ходе диспансеризации можно определить предрасполагающие факторы, такие как семейная история психических заболеваний, стрессовые жизненные события и другие социальные детерминанты здоровья, что способствует более точной оценке риска развития психических расстройств.

Кроме того, важными целями применения нетрудоемких скрининговых методик массового обследования граждан могут быть обследования при возникновении чрезвычайных ситуаций, требующих быстрого выявления лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, и направления их к специалистам для оказания своевременной и квалифицированной помощи. Эффективность скрининга во многом зависит от использования валидированных инструментов и компетентности специалистов, осуществляющих диагностику и лечение.

Скрининговые методики

Скрининг психических расстройств представляет собой систематический процесс, нацеленный на раннее диагностирование возможных психических заболеваний в популяции или отдельных подгруппах индивидов. Этот процесс включает использование стандартизированных инструментов, таких как структурированные анкеты, опросники и тесты, оценивающих наличие симптоматики или специфических признаков, которые указывают на возможные психические расстройства. Скрининг обеспечивает диагностику психических расстройств на ранних стадиях патологического процесса, что позволяет инициировать лечение на начальном этапе и тем самым потенциально улучшить клинические исходы и качество жизни пациента. Скрининг дает возможность выявлять группы с повышенным риском развития психических расстройств, в том числе лиц, переживших травматические события или имеющих неблагоприятный семейный анамнез, и способствует снижению нагрузки на систему здравоохранения, поскольку ранняя диагностика и своевременная терапия психических расстройств могут привести к снижению моральных, социальных и экономических издержек, связанных с неэффективным лечением или отсутствием такового. Данные, собранные в ходе скрининга, могут служить основой для эпидемиологических исследований, позволяя оценить распространенность психических расстройств на популяционном уровне и разрабатывать стратегии общественного здравоохранения [75].

Основные требования к методикам скринингового обследования состоят в следующем:

1) доступность и простота выполнения как для обследуемых граждан, так и для различных категорий специалистов, проводящих скрининговое обследование;

2) простота обработки и однозначность трактовки результатов;

3) возможность интеграции с цифровыми платформами и аппаратно-программными комплексами [76].

В настоящее время наиболее используемыми для целей выявления тревожно-депрессивных расстройств являются следующие инструменты.

1. **«Шкала депрессии Бека»** (Beck Depression Inventory – BDI) представляет собой стандартизированный инструмент для оценки тяжести депрессивных симптомов у взрослых и подростков. Разработанная психиатром A.T. Beck в 1961 г., она была создана с целью количественной оценки выраженности депрессивных состояний и определения изменений в симптоматике в ходе психотерапевтического или медикаментозного лечения. Преимущества этого опросника заключаются в возможности прицельной оценки степени тяжести как депрессивного синдрома в целом, так и отдельных симптомов, его составляющих. Шкала BDI обладает хорошей валидностью и коэффициентом надежности, что делает ее полезным инструментом в клинической практике и в научных исследованиях.

Было показано, что BDI является хорошим инструментом скрининга депрессии при рассеянном склерозе [77]. Установлено, что пороговые баллы BDI имеют чувствительность 71% и специфичность 79% для депрессии [78].

2. **«Опросник здоровья пациента»** (Patient Health Questionnaire – PHQ) – это инструмент для самооценки, который используется с целью диагностики психических расстройств, в частности депрессии и тревожных расстройств. Существует несколько версий этой шкалы, каждая из которых обладает своей специфической направленностью и областью применения.

Основные виды шкалы PHQ:

1) *PHQ-9* – наиболее распространенная версия, состоящая из 9 пунктов, которая используется для оценки наличия тяжести депрессивных симптомов. Каждый пункт отражает типичные симптомы депрессии, и респонденты оценивают, как долго они испытывали эти симптомы за последние две недели. Важно отметить, что PHQ-9 – это свободно доступный, простой для понимания и подсчета опросник, который может быть полезен в условиях ограниченных ресурсов в регионах, где применение комплексных структурированных или полуструктурированных инструментов скрининга представляется сложной задачей [79];

2) *PHQ-2* включает только два первых вопроса шкалы PHQ-9 и используется для первичной скрининговой оценки депрессии. Она помогает быстро выявить пациентов, у которых есть риск депрессии, и требует гораздо меньше времени для заполнения. Первый вопрос выясняет наличие депрессивного настроения, а второй – неспособность испытывать удовольствие;

3) *PHQ-15* предназначена для оценки соматических симптомов. Она состоит из 15 вопросов и используется для выявления возможной соматизации у пациентов;

4) *PHQ-4* – версия для оценки тревоги и депрессии из шкалы первичной медицинской помощи по оценке психических расстройств (Primary Care Evaluation of Mental Disorders – PRIME-MD). Так, в PHQ-4 вошли два тестовых пункта, оценивающих симптомы тревоги («чувство тревоги и раздражения», «неспособность справиться со своим беспокойством»), и два тестовых пункта, измеряющих симптомы депрессии («снижение интереса и удовольствия от привычных дел», «чувство подавленности или безнадежности»). Психометрические испытания PHQ-4 показали, что опросник с высокой достоверностью диагностирует тревожные расстройства (0,82 для чувствительности; 0,75 для специфичности) и депрессивные расстройства (0,87 для чувствительности; 0,85 для специфичности). В настоящее время рекомендуется использовать PHQ-4 для оценки тревоги и депрессии в общей популяции и в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи, выявления симптомов тревожных и депрессивных расстройств у беременных, пациентов с инфертильностью, онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, синдромом раздраженного кишечника и некоторыми другими соматическими заболеваниями. Русскоязычная версия PHQ-4, адаптированная в популяционных условиях, может быть рекомендована как инструмент для скрининга тревоги и депрессии только в общей популяции [80].

3. **«Опросник генерализованного тревожного расстройства»** (Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale – GAD-7) представляет собой шкалу самооценки из 7 пунктов, которая исследует симптомы тревожности за последние 2 недели [81]. GAD-7 используется для скрининга на наличие тревожного расстройства в первичной медицинской сети и психиатрической практике.

4. **«Шкала оценки тревоги Гамильтона»** (Hamilton Anxiety Rating Scale – HAM-A) – широко используемый клинический инструмент для оценки степени выраженности тревожности у пациентов. Разработанная психиатром M. Hamilton в 1959 г., шкала предназначена для оценки как соматических, так и психологических аспектов тревожности. HAM-A состоит из 14 пунктов, каждый из которых охватывает различные симптомы тревожности, включая эмоциональные и физические признаки, такие как чувство страха, беспокойство, напряжение, нарушение сна, психомоторное возбуждение, а также соматические проявления, такие как головные боли, сердцебиение и проблемы с дыханием. HAM-A является инструментом для клинической оценки и может использоваться для мониторинга эффективности лечения, а также для выявления изменений в состоянии пациента в процессе терапии. Среди недостатков, прежде всего, фокусирование на соматических симптомах: HAM-A включает соматические симптомы тревожности, что может затруднить отделение тревожности от других медицинских состояний. В некоторых случаях высокие баллы могут отражать соматические заболевания, а не только тревожное расстройство. Шкала не учитывает когнитивные проявления тревоги, больше сосредоточена на общей тревожности и может не демонстрировать чувствительности к специфическим формам тревожных расстройств – социальному тревожному расстройству или генерализованно-

му тревожному расстройству. HAM-A недостаточно чувствительна для регистрации небольших, но клинически значимых изменений в состоянии пациента в ходе лечения. И главное, шкала требует времени и ресурсов для адекватного клинического интервью и может быть сложной для применения в неформальных условиях или в рамках первичной медицинской помощи.

5. **«Шкала самооценки депрессии Цунга»** (Zung Self-Rating Depression Scale – SDS) – один из широко используемых инструментов для оценки уровня депрессии у взрослых. Она была разработана в 1965 г. D.G. Zung и с тех пор нашла применение в клинической практике и научных исследованиях. Преимуществами шкалы SDS являются простота и доступность, относительная краткость. Недостатки характерны для всех самоопросников и включают субъективность, ограниченную чувствительность и необходимость в клинической интерпретации. Шкала SDS показала самую высокую чувствительность среди психометрических инструментов у неврологических пациентов и самую высокую положительную прогностическую ценность (93%) [81].

6. **«Госпитальная шкала тревоги и депрессии»** (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) была разработана в 1983 г. L.A. Zigmond и A.S.F. Snaith и предназначена для выявления и количественного определения симптомов тревожности и депрессивных состояний у пациентов, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении. HADS состоит из двух подшкал: подшкала тревожности (HADS-A) содержит 7 вопросов, направленных на оценку уровней тревожности, и подшкала депрессии (HADS-D) состоит из 7 вопросов, касающихся депрессивных симптомов. Преимуществами HADS являются простота и скорость применения. Она не требует специализированных знаний и может использоваться медицинскими работниками, не имеющими специальной подготовки в области психиатрии. Еще одно преимущество этой шкалы – дискретность: она не содержит явных слов, относящихся к психическим заболеваниям, что позволяет снизить стигматизацию. Вместе с тем данная шкала не лишена недостатков: в частности, она не показала необходимого уровня чувствительности при определении аффективных расстройств после инсультов [82].

7. **«Шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований»** (Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale – CES-D) – это инструмент, разработанный для оценки уровня депрессивных симптомов в популяции. Она была создана в 1977 г. в Центре эпидемиологических исследований при Национальном институте психического здоровья США. CES-D широко используется в исследованиях для оценки депрессии в различных группах населения, включая сообщества и клинические выборки. Шкала CES-D состоит из 20 утверждений, касающихся различных аспектов эмоционального состояния и поведения, которые относятся к депрессивным симптомам. Шкала может применяться для оценки депрессии в различных популяциях, в том числе подростков, взрослых и пожилых людей, что делает ее полезной для выявления и мониторинга популяционных тенденций в области психического здоровья. Недостатки данной шкалы являются общими для самоопросников, прежде всего это субъективность оценок. В то же время она успешно применяется для определения депрессивной симптоматики у неврологических пациентов. Показано, что средняя чувствительность этой шкалы у больных эпилепсией составляет 93% [83–86].

8. **«Индекс хорошего самочувствия»** (WHO-5 – Well Being Index) состоит из 5 положительно сформулированных пунктов (например, «Я проснулся, чувствуя себя свежим и отдохнувшим») с целью измерения позитивного благополучия и оценивается по пятибалльной шкале. Чувствительность методики составляет 0,93, специфичность – 0,64. Пациенту предлагают выбрать в 5 утверждениях наиболее подходящий ответ о своем самочувствии в течение последних двух недель. Опросник WHO-5 – это проверенная глобальная рейтинговая шкала, изначально разработанная для оценки самоотчета о благополучии у пациентов первичной медико-санитарной помощи [87]. Опросник WHO-5 был переведен на более чем 30 языков и стал широко используемым инструментом в исследовательских проектах по всему миру, с существенными доказательствами, подтверждающими его хорошие психометрические свойства [88].

9. **«Шкала депрессии Гамильтона»** (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS), также известная как «Шкала Гамильтона», представляет собой одно из наиболее широко применяемых клинических средств для оценки степени депрессии у пациентов с депрессивными расстройствами. Она была разработана в 1960 г. психиатром M. Hamilton с целью количественной оценки симптоматики депрессии и мониторинга изменений в состоянии пациента в ходе лечения. HDRS обычно применяется клиническими специалистами и требует профессиональной интерпретации результатов. Оценка обычно состоит из структурированного интервью, в ходе которого врач задает пациенту вопросы, соответствующие каждому пункту шкалы. Для повышения достовер-

ности результатов важно учитывать как субъективные жалобы пациента, так и объективные наблюдения врача. HDRS чувствительна к изменениям в состоянии пациента и может быть использована для мониторинга ответа на лечение. Однако данная шкала не подходит для самостоятельного использования: она требует профессиональной интерпретации и не может быть использована для самодиагностики пациентами.

Таким образом, все рассмотренные инструменты исследуют наличие симптомов в течение предыдущих двух недель и дают оценку тяжести состояния пациента. Очевидно, что ни одна из описанных шкал не обладает универсальностью, использование требует внимательной интерпретации результатов и может потребовать дополнения клиническими показателями и другими диагностическими методами для получения более полной клинической картины.

Хотя преимущество скрининговых инструментов в клинической практике общепризнано, необходимо учитывать следующие предостережения.

Во-первых, клинические проявления коморбидного депрессивного расстройства могут отличаться от проявлений первичного депрессивного расстройства при многих заболеваниях (например, эпилепсии, некоторых случаях инсульта, рассеянного склероза и деменции) [89]. В таких случаях использование скрининговых инструментов, не проверенных для определенных неврологических состояний, может привести к ложноположительным или ложноотрицательным результатам.

Во-вторых, соматические и когнитивные симптомы (например, утомляемость, головная боль, замедленное мышление, плохая концентрация) обычно включаются в эти скрининговые инструменты как симптомы депрессии, но часто могут быть проявлением неврологической или соматической симптоматики либо нежелательных эффектов от приема лекарств, используемых для основного лечения. Если симптомы являются результатом основного неврологического расстройства, они способны привести к высоким общим баллам, которые могут ложно предполагать депрессивный эпизод. Так, один из часто используемых инструментов скрининга депрессивного расстройства, шкала PHQ-9, имеет 5 из 9 пунктов, посвященных оценке соматических и когнитивных симптомов [90]. Соответственно, этот инструмент не следует использовать у пациентов с неврологическими и соматическими заболеваниями. Довольно хорошо это видно на примере рассеянного склероза. Как известно, это заболевание является одним из неврологических расстройств, которое имеет общие соматические и когнитивные симптомы с депрессивным расстройством. Следовательно, это необходимо учитывать при использовании скрининговых инструментов для диагностики депрессий. К примеру, исключение сопутствующих депрессии симптомов астении и когнитивных симптомов привело к снижению общих показателей распространенности депрессии как у пациентов с рассеянным склерозом (с 15,7% до 6,8%), так и у пациентов без рассеянного склероза (с 7,4 до 3,2%) [91].

В-третьих, многие люди могут быть не способны правильно заполнять скрининговые шкалы-самоопросники по разным причинам. Способности могут быть ограничены из-за когнитивного дефицита, вызванного неврологическим заболеванием. Фактически большинство этих инструментов скрининга с самоотчетом были проверены у лиц с нормальным интеллектом. Таким образом, их использование у пациентов с когнитивными нарушениями, скорее всего, даст весьма искаженные – ложноположительные или ложноотрицательные – результаты. Следует иметь в виду и субъективность ответов с личной интерпретацией и вариациями в восприятии или понимании вопросов, а также влияние культуральных особенностей, эмоционального состояния в момент опроса.

Хорошо известно влияние личностных особенностей на преувеличение или преуменьшение симптомов в методиках самоопроса, как, например, в случае завышения баллов по всем вопросам шкал у истероидных личностей, либо ориентацию на социальную норму у лиц с эпилептоидными чертами. Свой вклад в способность заполнять шкалы самоопросника могут вносить и такие свойства личности, как алекситимия, ограниченная способность к самоанализу, трудности осознавания и понимания собственных эмоций и психического состояния. Многие люди также могут быть не готовы признать наличие у себя проблем или расстройств, что отражается на искренности ответов. В определенных случаях нельзя исключать вероятность рентных установок в отношении получения различных видов помощи. Опрашиваемые могут намеренно завышать или занижать свои баллы для достижения собственных целей.

В-четвертых, симптомы тревоги, которые являются очень частым сопутствующим состоянием депрессивных расстройств у пациентов разных групп, не включены в большинство шкал-самоопросников.

Следует также подчеркнуть, что скрининговые инструменты не устанавливают психиатрический диагноз. Они указывают на психиатрические сим-

птомы, возникшие в предыдущие 2 или 4 недели, и предполагают возможность психического расстройства. Психиатрический диагноз важно подтвердить с помощью формальных психиатрических оценок или структурированных интервью, проводимых экспертом, которые могут позволить диагностировать психиатрические расстройства в соответствии с критериями МКБ-10 или те, которые представляют собой атипичные формы депрессивных расстройств, часто встречающиеся, например, при неврологических заболеваниях.

Заключение

Тревожно-депрессивные расстройства являются распространенной сопутствующей патологией при разнообразных неврологических и соматических заболеваниях. Они оказывают значительное отрицательное влияние на течение заболеваний, качество жизни и реакцию на лечение. Комплексные патогенетические механизмы, связанные с хроническим стрессом, обусловливают системный характер нарушений с вовлеченностью вегетативной, эндокринной и иммунной систем организма. Наличие коморбидной патологии существенно влияет на показатели заболеваемости и смертности населения от хронических соматических заболеваний. Расстройства тревожно-депрессивного спектра в качестве коморбидной патологии плохо диагностируются врачами в связи с маскированным характером. Пациенты не получают своевременного и адекватного лечения, что приводит к росту экономических затрат, осложненному течению, ухудшению прогноза заболеваний, снижению качества и продолжительности жизни. Перспективным подходом к решению данной проблемы может быть разумное использование скрининга расстройств тревожно-депрессивного спектра. Имеющиеся скрининговые инструменты не вполне соответствуют текущим задачам, даже имея приемлемые чувствительность и специфичность. Многие состояния характеризуются особыми осложнениями, такими как когнитивные нарушения или расстройства речи, которые могут потребовать модификации инструментов для обеспечения точного заключения. В конечном счете персонализированный подход с учетом общих и специфичных клинико-патогенетических взаимосвязей психической, соматической и церебральной патологии позволит разработать модель коморбидности и диагностические алгоритмы этих расстройств. На этой основе может быть достигнуто совершенствование диагностики и профилактики расстройств тревожно-депрессивного спектра при хронических соматических и церебральных заболеваниях.

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Работа проводилась в рамках выполнения темы государственного задания «Разработка клинико-патогенетической модели и диагностического модуля расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с хронической патологией» (регистрационный номер 124020800061-8).

ЛИТЕРАТУРА

1. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 // Lancet. 2024. Vol. 403, No 10440. P. 2133–2161. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8
2. Institute of Health Metrics and Evaluation / Global Health Data Exchange (GHDx) [Электронный ресурс]. URL: https://ghdx.healthdata.org (дата обращения: 04.03.2023).
3. Wang J., Wu X., Lai W. et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis // BMJ Open. 2017. Vol. 7, No 8. P. e017173. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017173
4. Mitchell A.J., Chan M., Bhatti H. et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies // Lancet Oncol. 2011. Vol. 12, No 2. P. 160–174. DOI: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X
5. Wells K.B., Golding J.M., Burnam M.A. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions // AJP. 1988. Vol. 145, No 8. P. 976–981. DOI: 10.1176/ajp.145.8.976
6. Гафаров В.В., Акимова Е.В., Трубачева И.А. и др. Вклад психосоциальных факторов в выживаемость, риск развития сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц 25–64 лет в Сибири (Новосибирск, Тюмень, Томск): результаты кросс-секционных и когортных исследований 1981–2020 гг. // Атеросклероз. 2024. Т. 20, № 4. С. 397–412. DOI: 10.52727/2078-256X-2024-20-4-397-412
7. Alderson S.L., Foy R., House A. Understanding depression associated with chronic physical illness: a Q-methodology study in primary care // Br. J. Gen. Pract. 2015. Vol. 65, No 635. P. e401–e408. DOI: 10.3399/bjgp15X685309
8. Chua Y.C.E., Lin Y.C., Lew J.K. et al. Prevalence and risk factors of depression and anxiety in primary care // Ann. Acad. Med. Singap. 2024. Vol. 53, No 5. P. 293–305. DOI: 10.47102/annals-acadmedsg.2023195
9. O'Rourke M.C., Jamil R.T., Siddiqui W. Suicide Screening and Prevention // Stat. Pearls. Treasure Island. (FL): Stat. Pearls Publishing, 2025. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531453/ (дата доступа: 16.02.2025). PMID: 30285348
10. Wu K., Lu L., Chen Y. et al. Associations of anxiety and depression with prognosis in chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis // Pulmonology. 2025. Vol. 31, No 1. P. 2438553. DOI: 10.1080/25310429.2024.2438553
11. Freak-Poli R., Ikram M.A., Franco O.H. et al. Depressive symptoms prior to and after incident cardiovascular disease and long-term survival. A population-based study of older persons //

Depress. Anxiety. 2018. Vol. 35, No 1. P. 18–31. DOI: 10.1002/da.22689
12. Краснов В.Н. Современные подходы к терапии депрессий // РМЖ. 2002. Т. 10, № 12–13. С. 553–555.
13. Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э., Кибитов А.О. Депрессия и риск развития соматических заболеваний: руководство для врачей. М.: Специальное издательство медицинских книг, 2018. 248 с.
14. Анциферов М.Б., Мельникова О.Г., Дробижев М.Ю., Захарчук Т.А. Сахарный диабет и депрессивные расстройства // РМЖ. 2003. Т. 11, № 27. С. 1480–1483.
15. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства в клинической практике. М.: МЕДпресс-информ, 2016. 776 с.
16. Nicassio P.M. The problem of detecting and managing depression in the rheumatology clinic // Arthritis Rheum. 2008. Vol. 59, No 2. P. 155–158. DOI: 10.1002/art.23348
17. Sundquist K., Li X., Hemminki K., Sundquist J. Subsequent Risk of Hospitalization for Neuropsychiatric Disorders in Patients With Rheumatic Diseases: A Nationwide Study From Sweden // Arch. Gen. Psychiatry. 2008. Vol. 65, No 5. P. 501–507. DOI: 10.1001/archpsyc.65.5.501
18. Пчеленок Ю.В., Фомичева А.В., Канаева М. и др. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на развитие резистентной артериальной гипертензии // Системные гипертензии. 2024. Т. 21, № 2. С. 49–55. DOI: 10.38109/2075-082X-2024-2-49-55
19. Janszky I., Ahnve S., Lundberg I., Hemmingsson T. Early-Onset Depression, Anxiety, and Risk of Subsequent Coronary Heart Disease // J. Am. Coll. Cardiol. 2010. Vol. 56, No 1. P. 31–37. DOI: 10.1016/j.jacc.2010.03.033
20. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. 2004. Т. 44, № 1. С. 48–54.
21. Sandström Y.K., Ljunggren G., Wändell P. et al. Psychiatric comorbidities in patients with hypertension – a study of registered diagnoses 2009–2013 in the total population in Stockholm County, Sweden // J. Hypertens. 2016. Vol. 34, No 3. P. 414–420. DOI: 10.1097/HJH.0000000000000824
22. Ferreira M.A., O'Donovan M., Meng Y.A. et al. Collaborative genome-wide association analysis supports a role for ANK3 and CACNA1C in bipolar disorder // Nat. Genet. 2008. Vol. 40, No 9. P. 1056–1058. DOI: 10.1038/ng.209
23. Левин О.С. Тревожные расстройства в общеклинической практике // Медицинский Совет. 2017. № 10. С. 36–40. DOI: 10.21518/2079-701X-2017-10-36-40
24. Зенин Т.Т., Поселюгина О.Б., Коричкина Л.Н. и др. Междисциплинарный подход к диагностике и лечению когнитивно-мнестических и эмоционально-волевых расстройств у больных с эссенциальной артериальной гипертонией // Социальная и клиническая психиатрия. 2024. Т. 34, № 2. С. 93–97.
25. Grassi L., Caruso R., Riba M.B. et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline // ESMO Open. 2023. Vol. 8, No 2. P. 101155. DOI: 10.1016/j.esmoop.2023.101155
26. Peng Y.-N., Huang M.-L., Kao C.-H. Prevalence of Depression and Anxiety in Colorectal Cancer Patients: A Literature Review // IJERPH. 2019. Vol. 16, No 3. P. 411. DOI: 10.3390/ijerph16030411
27. Смулевич А.Б., Романов Д.В., Дамулин И.В. Дифференциальная диагностика психических расстройств в неврологической практике // Психические расстройства в общей медицине. 2018. № 2. С. 4–10.
28. Kanner A. Depression in Neurologic Disorders: Diagnosis and Management. 1st ed. Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated, 2012. 230 p.
29. Loyal M.S., Numbers K., Reppermund S. et al. Longitudinal associations between late-life depression, cerebrovascular disease and cognition // J. Affect. Disord. 2025. Vol. 376. P. 59–67. DOI: 10.1016/j.jad.2025.01.147
30. Donovan N.J., Hsu D.C., Dagley A.S. et al. Depressive Symptoms and Biomarkers of Alzheimer's Disease in Cognitively Normal Older Adults // J. Alzheimers Dis. 2015. Vol. 46, No 1. P. 63–73. DOI: 10.3233/JAD-142940
31. Vassilaki M., Syrjanen J.A., Krell-Roesch J. et al. Association of Cerebrovascular Imaging Biomarkers, Depression, and Anxiety, with Mild Cognitive Impairment // J. Alzheimers Dis. Rep. 2023. Vol. 7, No 1. P. 1237–1246. DOI: 10.3233/ADR-230073
32. Blumer D. Psychiatric Aspects of Intractable Epilepsy // Intractable Seizures / Burnham W.M., Carlen P.L., Hwang P.A., editors. Boston, MA: Springer US, 2002. Vol. 497. P. 133–147. DOI: 10.1007/978-1-4615-1335-3_15
33. Schmitz B. Depression and Mania in Patients with Epilepsy // Epilepsia. 2005. Vol. 46, No s4. P. 45–49. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2005.463009.x
34. Kalinin V.V., Polyanskiy D.A. Focus laterality and interictal psychiatric disorder in temporal lobe epilepsy // Seizure. 2009. Vol. 18, No 3. P. 176–179. DOI: 10.1016/j.seizure.2008.08.012
35. Kalinin V.V., Zemlyanaya A.A., Krylov O.E., Zheleznova E.V. Handedness, alexithymia, and focus laterality as risk factors for psychiatric comorbidity in patients with epilepsy // Epilepsy Behav. 2010. Vol. 17, No 3. P. 389–394. DOI: 10.1016/j.yebeh.2009.12.028
36. Калинин В.В., Земляная А.А, Крылов О.Е, Железнова Е.В. Личностные и нейробиологические факторы риска развития аффективной патологии при височной эпилепсии // Доктор.Ру. 2011. № 4 (63). С. 52–55.
37. Калинин В.В., Субботин К.Ю., Ермакова Н.Г. Нейроиммунологические отношения при парциальной эпилепсии. Взаимодействие клинических, нейробиологических и иммунных факторов. Роль клеточного иммунитета // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 2. С. 9–16.
38. Kanner A.M., Balabanov A. Depression and epilepsy: How closely related are they? // Neurology. 2002. Vol. 58, No 8, Suppl. 5. P. S27–S39. DOI: 10.1212/wnl.58.8_suppl_5.s27
39. Harden C.L. The co-morbidity of depression and epilepsy: Epidemiology, etiology, and treatment // Neurology. 2002. Vol. 59, No 6, Suppl. 4. P. S48–S55. DOI: 10.1212/wnl.59.6_suppl_4.s48
40. Blumer D., Montouris G., Davies K. The interictal dysphoric disorder: recognition, pathogenesis, and treatment of the major psychiatric disorder of epilepsy // Epilepsy Behav. 2004. Vol. 5, No 6. P. 826–840. DOI: 10.1016/j.yebeh.2004.08.003
41. Дамулин И.В. Особенности депрессии при неврологических заболеваниях // Фарматека. 2005. № 17. С. 25–34.
42. Robinson R.G., Jorge R.E. Post-Stroke Depression: A Review // Am. J. Psychiatry. 2016. Vol. 173, No 3. P. 221–231. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.15030363
43. Prange S., Klinger H., Laurencin C. et al. Depression in Patients with Parkinson's Disease: Current Understanding of its Neurobiology and Implications for Treatment // Drugs Aging. 2022. Vol. 39, No 6. P. 417–439. DOI: 10.1007/s40266-022-00942-1
44. Lemke M.R., Fuchs G., Gemende I. et al. Depression and Parkinson's disease // J. Neurol. 2004. Vol. 251, Suppl. 6. P. vi24–vi27. DOI: 10.1007/s00415-004-1606-6
45. Cong S., Xiang C., Zhang S. et al. Prevalence and clinical aspects of depression in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis of 129 studies // Neurosci. Biobehav. Rev. 2022. Vol. 141. P. 104749. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104749
46. Lemke M.R. Depressive symptoms in Parkinson's disease // Eur. J. Neurol. 2008. Vol. 15, No s1. P. 21–25. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2008.02058.x
47. Kesselring J., Klement U. Cognitive and affective disturbances in multiple sclerosis // J. Neurol. 2001. Vol. 248, No 3. P. 180–183. DOI: 10.1007/s004150170223
48. Altieri M., Cerciello F., Gallo A., Santangelo G. The relationship between depression and cognitive performance in multiple sclerosis: A meta-analysis // Clin. Neuropsychol. 2024. Vol. 38, No 1. P. 21–41. DOI: 10.1080/13854046.2023.2192963
49. Solaro C., Gamberini G., Masuccio F.G. Depression in Multiple Sclerosis: Epidemiology, Aetiology, Diagnosis and Treatment // CNS Drugs. 2018. Vol. 32, No 2. P. 117–133. DOI: 10.1007/s40263-018-0489-5
50. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз. М.: МЕДпресс-информ, 2012. 257 с.

51. Jellinger K.A. Depression and anxiety in multiple sclerosis. Review of a fatal combination // J. Neural Transm. 2024. Vol. 131, No 8. P. 847–869. DOI: 10.1007/s00702-024-02792-0
52. Baldwin D., Hirschfeld R. Depression Fast Facts. Published by Health Pr, 2005. 88 p.
53. Смулевич А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. 4-е изд, перераб. и доп. М.: Медицинское информационное агентство, 2015. 640 с.
54. Петрова Н.Н. От точного диагноза к таргетной терапии: депрессия в общемедицинской практике // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021. Т. 13, № 3. С. 53–58. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-3-53-58
55. Weissman M.M., Olfson M. Depression in Women: Implications for Health Care Research // Science. 1995. Vol. 269, No 5225. P. 799–801. DOI: 10.1126/science.7638596
56. Licht-Strunk E., Beekman A.T., de Haan M., van Marwijk H.W. The prognosis of undetected depression in older general practice patients. A one year follow-up study // J. Affect. Disord. 2009. Vol. 114, No 1–3. P. 310–315. DOI: 10.1016/j.jad.2008.06.006
57. Brenes G.A. Anxiety, Depression, and Quality of Life in Primary Care Patients // Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry. 2007. Vol. 09, No 06. P. 437–443. DOI: 10.4088/PCC.v09n0606
58. Rentsch D., Dumont P., Borgacci S. et al. Prevalence and treatment of depression in a hospital department of internal medicine // Gen. Hosp. Psychiatry. 2007. Vol. 29, No 1. P. 25–31. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2006.08.008
59. Uhlenbusch N., Löwe B., Härter M. et al. Depression and anxiety in patients with different rare chronic diseases: A cross-sectional study // PLoS One. 2019. Vol. 14, No 2. P. e0211343. DOI: 10.1371/journal.pone.0211343
60. Pakriev S., Kovalev J., Mozhaev M. Prevalence of depression in a general hospital in Izhevsk, Russia // Nord. J. Psychiatry. 2009. Vol. 63, No 6. P. 469–474. DOI: 10.3109/08039480903062950
61. Dickens C. The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis // Rheumatology. 2001. Vol. 40, No 12. P. 1327–1330. DOI: 10.1093/rheumatology/40.12.1327
62. Kagee A. Symptoms of Depression and Anxiety among a Sample of South African Patients Living with a Chronic Illness // J. Health Psychol. 2008. Vol. 13, No 4. P. 547–555. DOI: 10.1177/1359105308088527
63. Fan A.Z., Strine T.W., Huang Y. et al. Self-rated depression and physician-diagnosed depression and anxiety in Florida adults: Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2006 // Prev. Chronic Dis. 2009. Vol. 6, No 1. P. A10. PMID: 19080016
64. Mitchell A.J., Vaze A., Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis // Lancet. 2009. Vol. 374, No 9690. P. 609–619. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60879-5
65. Hong J.S., Tian J. Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients // Support. Care Cancer. 2014. Vol. 22, No 2. P. 453–459. DOI: 10.1007/s00520-013-1997-y
66. Kinslow C.J., Kumar P., Olfson M. et al. Prognosis and risk of suicide after cancer diagnosis // Cancer. 2024. Vol. 130, No 4. P. 588–596. DOI: 10.1002/cncr.35118
67. Tsunoda A., Nakao K., Hiratsuka K. et al. Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients // Int. J. Clin. Oncol. 2005. Vol. 10, No 6. P. 411–417. DOI: 10.1007/s10147-005-0524-7
68. Akyol M., Ulger E., Alacacioglu A. et al. Sexual satisfaction, anxiety, depression and quality of life among Turkish colorectal cancer patients [Izmir Oncology Group (IZOG) study] // Jpn J. Clin. Oncol. 2015. Vol. 45, No 7. P. 657–664. DOI: 10.1093/jjco/hyv051
69. Zhang M.W.B., Ho R.C., Cheung M.W. et al. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression // Gen. Hosp. Psychiatry. 2011. Vol. 33, No 3. P. 217–223. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2011.03.009
70. Walker J., Hansen C.H., Martin P. et al. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data // Lancet Psychiatry. 2014. Vol. 1, No 5. P. 343–350. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)70313-X
71. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е., Старостина Е.Г. Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 4. С. 5–13.
72. Walker J., Burke K., Wanat M. et al. The prevalence of depression in general hospital inpatients: a systematic review and meta-analysis of interview-based studies // Psychol. Med. 2018. Vol. 48, No 14. P. 2285–2298. DOI: 10.1017/S0033291718000624
73. Довженко Т.В., Бобров А.Е., Васюк Ю.А., Старостина Е.Г. Профессиональные компетенции врачей первичного звена здравоохранения в оценке психического здоровья пациентов. Часть 2. Готовность и возможность врачей первичного звена здравоохранения оказывать помощь пациентам с сопутствующими психическими расстройствами // Профилактическая медицина. 2020. Т. 23, № 1. С. 57–62. DOI: 10.17116/profmed20202301157
74. Довженко Т.В., Бобров А.Е., Краснов В.Н. Психиатрическая помощь в первичном звене здравоохранения: обеспеченность и потребность // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26, № 1. С. 50–58.
75. Касьянов Е.Д., Хобейш М.А., Вербицкая Е.В., Мазо Г.Э. Скрининг аффективных расстройств в российской популяции: протокол разработки и валидации электронного структурированного опросника // Социальная и клиническая психиатрия. 2023. Т. 33, № 2. С. 17–24.
76. Шпорт С.В., Козлов А.А., Шмуклер А.Б. и др. Основы организации медико-психологической помощи гражданам, перенесшим тяжелый стресс: Методические рекомендации. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН В.П. Сербского» Минздрава России, 2023. 38 с.
77. Aikens J.E., Reinecke M.A., Pliskin N.H. et al. Assessing depressive symptoms in multiple sclerosis: is it necessary to omit items from the original Beck Depression Inventory? // J. Behav. Med. 1999. Vol. 22, No 2. P. 127–142. DOI: 10.1023/A:1018731415172
78. Moran P.J., Mohr D.C. The Validity of Beck Depression Inventory and Hamilton Rating Scale for Depression Items in the Assessment of Depression Among Patients with Multiple Sclerosis // J. Behav. Med. 2005. Vol. 28, No 1. P. 35–41. DOI: 10.1007/s10865-005-2561-0
79. Gelaye B., Williams M.A., Lemma S. et al. Validity of the patient health questionnaire-9 for depression screening and diagnosis in East Africa // Psychiatry Res. 2013. Vol. 210, No 2. P. 653–661. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.07.015
80. Золотарева А.А., Костенко В.Ю., Лебедева А.А., Чумакова М.А. Скрининг тревоги и депрессии в общей популяции: адаптация Patient Health Questionnaire-4 в России // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2024. Т. 58, № 2. С. 45–54. DOI: 10.31363/2313-7053-2024-899
81. Johnson G., Burvill P.W., Anderson C.S. et al. Screening instruments for depression and anxiety following stroke: experience in the Perth community stroke study // Acta. Psychiatr. Scand. 1995. Vol. 91, No 4. P. 252–257. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1995.tb09778.x
82. O'Rourke S., MacHale S., Signorini D., Dennis M. Detecting Psychiatric Morbidity After Stroke: Comparison of the GHQ and the HAD Scale // Stroke. 1998. Vol. 29, No 5. P. 980–985. DOI: 10.1161/01.STR.29.5.980
83. Jones J.E., Hermann B.P., Woodard J.L. et al. Screening for Major Depression in Epilepsy with Common Self-report Depression Inventories // Epilepsia. 2005. Vol. 46, No 5. P. 731–735. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2005.49704.x
84. Ettinger A., Reed M., Cramer J. Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma // Neurology. 2004. Vol. 63, No 6. P. 1008–1014. DOI: 10.1212/01.WNL.0000138430.11829.61
85. Chwastiak L., Ehde D.M., Gibbons L.E. et al. Depressive Symptoms and Severity of Illness in Multiple Sclerosis: Epidemiologic Study of a Large Community Sample // Am. J. Psychiatry. 2002. Vol. 159, No 11. P. 1862–1868. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.11.1862
86. Patten S.B., Lavorato D.H., Metz L.M. Clinical correlates of CES-D depressive symptom ratings in an MS population // Gen. Hosp. Psychiatry. 2005. Vol. 27, No 6. P. 439–445. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2005.06.010

87. Staehr J.K. Wellbeing measures in primary health care: the Dep Care project: report on a WHO meeting Stockholm, Sweden 12–13 February 1998. WHO Regional Office for Europe, 1998. 39 p.
88. Topp C.W., Østergaard S.D., Søndergaard S., Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature // Psychother. Psychosom. 2015. Vol. 84, No 3. P. 167–176. DOI: 10.1159/000376585
89. Kanner A.M. Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanisms, and treatment // Biol. Psychiatry. 2003. Vol. 54, No 3. P. 388–398. DOI: 10.1016/S0006-3223(03)00469-4
90. Gilbody S., Richards D., Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM // Br. J. Gen. Pract. 2007. Vol. 57, No 541. P. 650–652. PMID: 17688760
91. Krupp L.B. et al. Fatigue in Multiple Sclerosis // Arch. Neurol. 1988. Vol. 45, No 4. P. 435–437. DOI: 10.1001/archneur.1988.00520280085020

REFERENCES

1. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2024;403(10440):2133–61. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8
2. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). URL: https://ghdx.healthdata.org (accessed on: 04.03.2023).
3. Wang J, Wu X, Lai W, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2017;7(8):e017173. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017173
4. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol. 2011;12(2):160–74. DOI: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X
5. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. AJP. 1988;145(8):976–81. DOI: 10.1176/ajp.145.8.976
6. Gafarov VV, Akimova EV, Trubacheva IA, et al. Vklad psikhosotsial'nykh faktorov v vyzhivaemost', risk razvitiya serdechno-sosudistykh zabolevanii sredi lits 25–64 let v Sibiri (Novosibirsk, Tyumen', Tomsk): rezul'taty kross-sektsionnykh i kogortnykh issledovanii 1981–2020 gg. Ateroskleroz. 2024;20(4):397–412. (In Russ.) DOI: 10.52727/2078-256X-2024-20-4-397-41
7. Alderson SL, Foy R, House A. Understanding depression associated with chronic physical illness: a Q-methodology study in primary care. Br J Gen Pract. 2015;65(635):e401–8. DOI: 10.3399/bjgp15X685309
8. Chua YCE, Lin YC, Lew JK, et al. Prevalence and risk factors of depression and anxiety in primary care. Ann Acad Med Singap. 2024;53(5):293–305. DOI: 10.47102/annals-acadmedsg.2023195
9. O'Rourke MC, Jamil RT, Siddiqui W. Suicide Screening and Prevention. In: Stat Pearls. Treasure Island. (FL): Stat Pearls. Publishing; 2025. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531453/ (accessed on: 16.02.2025). PMID: 30285348
10. Wu K, Lu L, Chen Y, et al. Associations of anxiety and depression with prognosis in chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. Pulmonology. 2025;31(1):2438553. DOI: 10.1080/25310429.2024.2438553
11. Freak-Poli R, Ikram MA, Franco OH, et al. Depressive symptoms prior to and after incident cardiovascular disease and long-term survival. A population-based study of older persons. Depress Anxiety. 2018;35(1):18–31. DOI: 10.1002/da.22689
12. Krasnov VN. Sovremennye podkhody k terapii depressii. Rmzh [RMJ]. 2002;10(12–13):553–5. (In Russ.)
13. Neznanov NG, Mazo GE, Kibitov AO. Depressiya i risk razvitiya somaticheskikh zabolevanii: rukovodstvo dlya vrachei. Moscow: Spetsial'noe izdatel'stvo meditsinskikh knig; 2018; 248 p. (In Russ.)
14. Antsiferov MB, Mel'nikova OG, Drobizhev MYu, Zakharchuk TA. Sakharnyi diabet i depressivnye rasstroistva. Rmzh [RMJ]. 2003;11(27):1480–3. (In Russ.)
15. Smulevich AB. Psikhosomaticheskie rasstroistva v klinicheskoi praktike. Moscow: MEDpress-inform; 2016. 776 p. (In Russ.)
16. Nicassio PM. The problem of detecting and managing depression in the rheumatology clinic. Arthritis Rheum. 2008;59(2):155–8. DOI: 10.1002/art.23348
17. Sundquist K, Li X, Hemminki K, Sundquist J. Subsequent Risk of Hospitalization for Neuropsychiatric Disorders in Patients With Rheumatic Diseases: A Nationwide Study From Sweden. Arch Gen Psychiatry. 2008;65(5):501–7. DOI: 10.1001/archpsyc.65.5.501
18. Pchelenok YuV, Fomicheva AV, Kanaeva M, et al. [The influence of anxiety and depressive disorders on the development of resistant arterial hypertension]. Sistemnye gipertenzii [Systemic hypertension]. 2024;21(2):49–55 (In Russ.) DOI: 10.38109/2075-082X-2024-2-49-55
19. Janszky I, Ahnve S, Lundberg I, Hemmingsson T. Early-Onset Depression, Anxiety, and Risk of Subsequent Coronary Heart Disease. J Am Coll Cardiol. 2010;56(1):31–7. DOI: 10.1016/j.jacc.2010.03.033
20. Oganov RG, Ol'binskaya LI, Smulevich AB, et al. [Depressions and disorders of depressive spectrum in general medical practice. results of the compas program]. Rezul'taty programmy KOMPAS. Kardiologiya [Kardiologiia]. 2004;44(1):48–54. (In Russ.)
21. Sandström Y.K., Ljunggren G., Wändell P. et al. Psychiatric comorbidities in patients with hypertension – a study of registered diagnoses 2009–2013 in the total population in Stockholm County, Sweden. J Hypertension. 2016;34(3):414–20. DOI: 10.1097/HJH.0000000000000824
22. Ferreira M.A., O'Donovan M., Meng Y.A. et al. Collaborative genome-wide association analysis supports a role for ANK3 and CACNA1C in bipolar disorder. Nat Genet. 2008;40(9):1056–8. DOI: 10.1038/ng.209
23. Levin OS. [Anxiety disorders in clinical practice]. Meditsinskii Sovet [Medical Council]. 2017;(10):36–40. (In Russ.) DOI: 0.21518/2079-701X-2017-10-36-40
24. Zenin TT, Poselyugina OB, Korichkina LN, et al. [Interdisciplinary approach to diagnosis and treatment of cognitive-mnestic and emotional-volitional disorders in patients with essential arterial hypertension]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya [Social and clinical psychiatry]. 2024;34(2):93–7. (In Russ.)
25. Grassi L, Caruso R, Riba MB, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. ESMO Open. 2023;8(2):101155. DOI: 10.1016/j.esmoop.2023.101155
26. Peng YN, Huang ML, Kao CH. Prevalence of Depression and Anxiety in Colorectal Cancer Patients: A Literature Review. IJERPH. 2019;16(3):411. DOI: 10.3390/ijerph16030411
27. Smulevich AB, Romanov DV, Damulin IV. [Differential diagnosis of mental disorders in neurologic practice]. Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine [Mental disorders in general medicine]. 2018;(2):4–10. (In Russ.)
28. Kanner A. Depression in Neurologic Disorders: Diagnosis and Management. 1st ed. Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated; 2012. 230 p.
29. Loyal MS, Numbers K, Reppermund S, et al. Longitudinal associations between late-life depression, cerebrovascular disease and cognition. J Affect Disord. 2025;376:59–67. DOI: 10.1016/j.jad.2025.01.147
30. Donovan NJ, Hsu DC, Dagley AS, et al. Depressive Symptoms and Biomarkers of Alzheimer's Disease in Cognitively Normal Older Adults. J Alzheimers Dis. 2015;46(1):63–73. DOI: 10.3233/JAD-142940

31. Vassilaki M, Syrjanen JA, Krell-Roesch J, et al. Association of Cerebrovascular Imaging Biomarkers, Depression, and Anxiety, with Mild Cognitive Impairment. J Alzheimers Dis Rep. 2023;7(1):1237–46. DOI: 10.3233/ADR-230073
32. Blumer D. Psychiatric Aspects of Intractable Epilepsy. In: WM Burnham, PL Carlen, PA Hwang, editors. Boston, MA: Springer US; 2002. Vol. 497. p. 133–47. DOI: 10.1007/978-1-4615-1335-3_15
33. Schmitz B. Depression and Mania in Patients with Epilepsy. Epilepsia. 2005;46(s4):45–9. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2005.463009.x
34. Kalinin VV, Polyanskiy DA. Focus laterality and interictal psychiatric disorder in temporal lobe epilepsy. Seizure. 2009;18(3):176–9. DOI: 10.1016/j.seizure.2008.08.012
35. Kalinin VV, Zemlyanaya AA, Krylov OE, Zheleznova EV. Handedness, alexithymia, and focus laterality as risk factors for psychiatric comorbidity in patients with epilepsy. Epilepsy Behav. 2010;17(3):389–94. DOI: 10.1016/j.yebeh.2009.12.028
36. Kalinin VV, Zemlyanaya AA, Krylov OE, Zheleznova EV. [Personality and neurobiological risk factors for affective disorders in patients with temporal lobe epilepsy]. Doktor.Ru [Doctor.RU]. 2011;4(63):52–5. (In Russ.)
37. Kalinin VV, Subbotin KYu, Ermakova NG. [Neuroimmunological relations in partial epilepsy. interaction between clinical, neurobiological and immune factors. role of cellular immunity]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya [Social and clinical psychiatry]. 2017;27(2):9–16. (In Russ.)
38. Kanner AM, Balabanov A. Depression and epilepsy: How closely related are they? Neurology. 2002;58(8, Suppl 5):S27–S39. DOI: 10.1212/WNL.58.8_suppl_5.S27
39. Harden CL. The co-morbidity of depression and epilepsy: Epidemiology, etiology, and treatment. Neurology. 2002;59(6, Suppl 4):S48–S55. DOI: 10.1212/WNL.59.6_suppl_4.S48
40. Blumer D, Montouris G, Davies K. The interictal dysphoric disorder: recognition, pathogenesis, and treatment of the major psychiatric disorder of epilepsy. Epilepsy Behav. 2004;5(6):826–40. DOI: 10.1016/j.yebeh.2004.08.003
41. Damulin IV. Osobennosti depressii pri nevrologicheskikh zabolevaniyakh. Farmateka. 2005;(17):25–34. (In Russ.)
42. Robinson RG, Jorge RE. Post-Stroke Depression: A Review. Am J Psychiatry. 2016;173(3):221–31. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.15030363
43. Prange S, Klinger H, Laurencin C, et al. Depression in Patients with Parkinson's Disease: Current Understanding of its Neurobiology and Implications for Treatment. Drugs Aging. 2022;39(6):417–39. DOI: 10.1007/s40266-022-00942-1
44. Lemke MR, Fuchs G, Gemende I, et al. Depression and Parkinsons disease. J Neurol. 2004;251(Suppl 6):vi24–7. DOI: 10.1007/s00415-004-1606-6
45. Cong S, Xiang C, Zhang S, et al. Prevalence and clinical aspects of depression in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis of 129 studies. Neurosci Biobehav Rev. 2022;141:104749. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104749
46. Lemke MR. Depressive symptoms in Parkinson's disease. Eur J Neurol. 2008;15(s1):21–5. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2008.02058.x
47. Kesselring J, Klement U. Cognitive and affective disturbances in multiple sclerosis. J Neurol. 2001;248(3):180–3. DOI: 10.1007/s004150170223
48. Altieri M, Cerciello F, Gallo A, Santangelo G. The relationship between depression and cognitive performance in multiple sclerosis: A meta-analysis. Clin Neuropsychol. 2024;38(1):21–41. DOI: 10.1080/13854046.2023.2192963
49. Solaro C, Gamberini G, Masuccio FG. Depression in Multiple Sclerosis: Epidemiology, Aetiology, Diagnosis and Treatment. CNS Drugs. 2018;32(2):117–33. DOI: 10.1007/s40263-018-0489-5
50. Shmidt TE, Yakhno NN. Rasseyannyi skleroz. Moscow: MEDpress-inform; 2012. 257 p. (In Russ.)
51. Jellinger KA. Depression and anxiety in multiple sclerosis. Review of a fatal combination. J Neural Transm. 2024;131(8):847–69. DOI: 10.1007/s00702-024-02792-0
52. Baldwin D, Hirschfeld R. Depression Fast Facts. Published by Health Pr; 2005. 88 p.
53. Smulevich AB. Depressii pri psikhicheskikh i somaticheskikh zabolevaniyakh. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2015. 640 p. (In Russ.)
54. Petrova NN. [From accurate diagnosis to targeted therapy: depression in general medical practice]. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika [Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics]. 2021;13(3):53–8. (In Russ.) DOI: 10.14412/2074-2711-2021-3-53-58
55. Weissman MM, Olfson M. Depression in Women: Implications for Health Care Research. Science. 1995;269(5225):799–801. DOI: 10.1126/science.7638596
56. Licht-Strunk E, Beekman ATF, De Haan M, Van Marwijk HWJ. The prognosis of undetected depression in older general practice patients. A one year follow-up study. J Affect Disord. 2009;114(1–3):310–5. DOI: 10.1016/j.jad.2008.06.006
57. Brenes GA. Anxiety, Depression, and Quality of Life in Primary Care Patients. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2007;09(06):437–43. DOI: 10.4088/PCC.v09n0606
58. Rentsch D, Dumont P, Borgacci S, et al. Prevalence and treatment of depression in a hospital department of internal medicine. Gen Hosp Psychiatry. 2007;29(1):25–31. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2006.08.008
59. Uhlenbusch N, Löwe B, Härter M, et al. Depression and anxiety in patients with different rare chronic diseases: A cross-sectional study. PLoS One. 2019;14(2):e0211343. DOI: 10.1371/journal.pone.0211343
60. Pakriev S, Kovalev J, Mozhaev M. Prevalence of depression in a general hospital in Izhevsk, Russia. Nord J Psychiatry. 2009;63(6):469–74. DOI: 10.3109/08039480903062950
61. Dickens C. The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. Rheumatology. 2001;40(12):1327–30. DOI: 10.1093/rheumatology/40.12.1327
62. Kagee A. Symptoms of Depression and Anxiety among a Sample of South African Patients Living with a Chronic Illness. J Health Psychol. 2008;13(4):547–55. DOI: 10.1177/1359105308088527
63. Fan AZ, Strine TW, Huang Y, et al. Self-rated depression and physician-diagnosed depression and anxiety in Florida adults: Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2006. Prev Chronic Dis. 2009;6(1):A10. PMID: 19080016
64. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet. 2009;374(9690):609–19. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60879-5
65. Hong JS, Tian J. Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients. Support Care Cancer. 2014;22(2):453–9. DOI: 10.1007/s00520-013-1997-y
66. Kinslow CJ, Kumar P, Olfson M, et al. Prognosis and risk of suicide after cancer diagnosis. Cancer. 2024;130(4):588–96. DOI: 10.1002/cncr.35118
67. Tsunoda A, Nakao K, Hiratsuka K, et al. Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients. Int J Clin Oncol. 2005;10(6):411–7. DOI: 10.1007/s10147-005-0524-7
68. Akyol M, Ulger E, Alacacioglu A, et al. Sexual satisfaction, anxiety, depression and quality of life among Turkish colorectal cancer patients [Izmir Oncology Group (IZOG) study]. Jpn J Clin Oncol. 2015;45(7):657–64. DOI: 10.1093/jjco/hyv051
69. Zhang MWB, Ho RCM, Cheung MWL, et al. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. Gen Hosp Psychiatry. 2011;33(3):217–23. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2011.03.009
70. Walker J, Hansen CH, Martin P, et al. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. Lancet Psychiatry. 2014;1(5):343–50. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)70313-X
71. Krasnov VN, Dovzhenko TV, Bobrov AE, Starostina EG. [Psychiatry in primary health care system: a new solution for the old problem]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya [Social and clinical psychiatry]. 2013;23(4):5–13. (In Russ.)

72. Walker J, Burke K, Wanat M, et al. The prevalence of depression in general hospital inpatients: a systematic review and meta-analysis of interview-based studies. Psychol Med. 2018;48(14):2285–98. DOI: 10.1017/S0033291718000624
73. Dovzhenko TV, Bobrov AE, Vasyuk YuA, Starostina EG. [Primary health care professional competencies in assessing the mental health of patients. Part 2. Readiness and ability of primary care physicians to assist patients with concomitant mental disorders]. Profilakticheskaya meditsina [Russian journal of preventive medicine and public health]. 2020;23(1):57–62. (In Russ.) DOI: 10.17116/profmed20202301157
74. Dovzhenko TV, Bobrov AE, Krasnov VN. [Psychiatric care in primary health care system: accessibility and demand]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya [Social and clinical psychiatry]. 2016;26(1):50–8. (In Russ.)
75. Kas'yanov ED, Khobeish MA, Verbitskaya EV, Mazo GE. [Screening for mood disorders in the Russian population: a protocol for the development and validation of an electronic structured questionnaire]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya [Social and clinical psychiatry]. 2023;33(2):17–24. (In Russ.)
76. Shport SV, Kozlov AA, Shmukler AB, et al. Osnovy organizatsii mediko-psikhologicheskoi pomoshchi grazhdanam, perenesshim tyazhelyi stress: Metodicheskie rekomendatsii. Moscow: V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology; 2023. 38 p. (In Russ.)
77. Aikens JE, Reinecke MA, Pliskin NH, et al. Assessing depressive symptoms in multiple sclerosis: is it necessary to omit items from the original Beck Depression Inventory? J Behav Med. 1999;22(2):127–42. DOI: 10.1023/A:1018731415172
78. Moran PJ, Mohr DC. The Validity of Beck Depression Inventory and Hamilton Rating Scale for Depression Items in the Assessment of Depression Among Patients with Multiple Sclerosis. J Behav Med. 2005;28(1):35–41. DOI: 10.1007/s10865-005-2561-0
79. Gelaye B, Williams MA, Lemma S, et al. Validity of the patient health questionnaire-9 for depression screening and diagnosis in East Africa. Psychiatry Res. 2013;210(2):653–61. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.07.015
80. Zolotareva AA, Kostenko VYu, Lebedeva AA, Chumakova MA. [Screening for anxiety and depression in the general population: adaptation of the patient health Questionnaire-4 in Russia]. Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva [V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. 2024;58(2):45–54. (In Russ.) DOI 10.31363/2313-7053-2024-899
81. Johnson G, Burvill PW, Anderson CS, et al. Screening instruments for depression and anxiety following stroke: experience in the Perth community stroke study. Acta Psychiatr Scand. 1995;91(4):252–7. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1995.tb09778.x
82. O'Rourke S, MacHale S, Signorini D, Dennis M. Detecting Psychiatric Morbidity After Stroke: Comparison of the GHQ and the HAD Scale. Stroke. 1998;29(5):980–5. DOI: 10.1161/01.STR.29.5.980
83. Jones JE, Hermann BP, Woodard JL, et al. Screening for Major Depression in Epilepsy with Common Self report Depression Inventories. Epilepsia. 2005;46(5):731–5. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2005.49704.x
84. Ettinger A, Reed M, Cramer J. Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma. Neurology. 2004;63(6):1008–14. DOI: 10.1212/01.WNL.0000138430.11829.61
85. Chwastiak L, Ehde DM, Gibbons LE, et al. Depressive Symptoms and Severity of Illness in Multiple Sclerosis: Epidemiologic Study of a Large Community Sample. Am J Psychiatry. 2002;159(11):1862–8. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.11.1862
86. Patten SB, Lavorato DH, Metz LM. Clinical correlates of CES-D depressive symptom ratings in an MS population. Gen Hosp Psychiatry. 2005;27(6):439–45. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2005.06.010
87. Staehr JK. Wellbeing measures in primary health care: the Dep Care project: report on a WHO meeting Stockholm, Sweden 12–13 February 1998. WHO Regional Office for Europe; 1998. 39 p.
88. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. Psychother Psychosom. 2015;84(3):167–76. DOI: 10.1159/000376585
89. Kanner AM. Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanisms, and treatment. Biol Psychiatry. 2003;54(3):388–98. DOI: 10.1016/S0006-3223(03)00469-4
90. Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. Br J Gen Pract. 2007;57(541):650–2. PMID: 17688760
91. Krupp LB, Alvarez LA, LaRocca NG, Scheinberg LC. Fatigue in Multiple Sclerosis. Arch Neurol. 1988;45(4):435–7. DOI: 10.1001/archneur.1988.00520280085020

СКРИНИНГ РАССТРОЙСТВ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА: КЛИНИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

В.В. Калинин[1], И.В. Дамулин[1, 2], А.А. Земляная[1], Р.В. Ахапкин[1]

[1] Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

[2] ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Россия

Аналитический обзор посвящен актуальности создания универсальных методик скрининга тревожно-депрессивных расстройств в различных группах населения, прежде всего у пациентов с хронической соматической и церебральной патологией. Представлены данные по эпидемиологии тревожных и депрессивных расстройств при различных патологиях, включая сердечно-сосудистые, онкологические, неврологические заболевания. Даны краткие характеристики основных скрининговых инструментов, проанализированы причины их несовершенства в отношении диагностики коморбидных состояний. Подчеркнута необходимость особого подхода к разработке диагностической модели коморбидных состояний с учетом общих и специфичных клинико-патогенетических взаимосвязей психической, соматической и церебральной патологии.

Ключевые слова: тревожные расстройства, депрессия, шкалы, скрининг тревожно-депрессивных расстройств, коморбидные расстройства.

SCREENING FOR ANXIETY AND DEPRESSION SPECTRUM DISORDERS: CLINICAL AND METHODOLOGICAL ASPECTS

VV Kalinin[1], IV Damulin[1, 2], AA Zemlyanaya[1], RV Akhapkin[1]

[1] Moscow Research Institute of Psychiatry – Branch of V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

[2] Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russia

This analytical review is devoted to the relevance of creating universal methods for screening anxiety-depressive disorders in various population groups, primarily in patients with chronic somatic and cerebral pathology. The article presents data on the epidemiology of anxiety and depressive disorders in various pathologies, including cardiovascular, oncological, and neurological diseases. Brief characteristics of the main screening tools are given, and the reasons for their imperfection in diagnosing comorbid conditions are analyzed. The need for a special approach to developing a diagnostic model of comorbid conditions is determined, taking into account the general and specific clinical and pathogenetic relationships of mental, somatic, and cerebral pathology.

Keywords: anxiety disorders, depression, scales, screening of anxiety and depressive disorders, comorbid disorders.

Калинин Владимир Вениаминович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; SPIN-код: 6456-1906; РИНЦ AuthorID: 218398; e-mail: kalinin.v@serbsky.ru

Дамулин Игорь Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; профессор кафедры неврологии ИНОПР ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; SPIN-код: 2614-7850; РИНЦ AuthorID: 204992; e-mail: damulin.i@serbsky.ru

Земляная Анна Александровна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; SPIN-код: 5281-4773; РИНЦ AuthorID: 641592; e-mail: zemlyanaya.a@serbsky.ru (автор для корреспонденции)

Ахапкин Роман Витальевич – доктор медицинских наук, доцент, заместитель директора по научной работе Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; SPIN-код: 966-0084; РИНЦ AuthorID: 264460; e-mail: akhapkin.r@serbsky.ru