

© 2010 г

О МЕТОДАХ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АНТИДЕПРЕССАНТОВ (мнение врачей)

О. В. КУБРЯК

КУБРЯК Олег Витальевич - кандидат биологических наук, научный сотрудник Научно-исследовательского института нормальной физиологии им. П. К. Анохина Российской академии медицинских наук (Москва). E-mail: kubryak@mail.ru

Аннотация. Исследование посвящено изучению мнений практикующих врачей (психиатров, психотерапевтов¹, неврологов) о традиционных методах диагностики депрессивных расстройств. Это одна из первых в России попыток актуализации проблем, связанных с назначением антидепрессантов.

Ключевые слова: мнение практикующих врачей * назначение антидепрессантов * психическое здоровье * объективность методов диагностики

Существует ключевая область врачебного искусства, которая предполагает общую оценку состояния пациента - клиническая беседа (врачебное интервью, распрос). Очевидно, что основанный только на интервью вердикт врача в определенной мере субъективен, и, кроме того, для точной диагностики от специалиста требуется очень высокая квалификация. Для повышения надежности диагностики применяются способы объективного анализа здоровья пациента - элементы объективного контроля, которые используются для установления или уточнения диагноза. Например, электрокардиография в кардиологии. Однако в том, что касается диагностики расстройств настроения, особенно в амбулаторно-поликлинической практике, сегодня назначение лечения опирается в основном на субъективную оценку пациента врачом.

Не исключено, что как в быту, так и в медицине (вне круга узких специалистов) к наиболее частым расстройствам настроения - "депрессии", могут относить различ-

¹ Врач-психотерапевт - это специалист с высшим медицинским ("лечебным") образованием, который получил подготовку по специальности "психиатрия" и прошел дальнейшую переподготовку по психотерапии. Основание: Приказ Минздрава РФ от 16.09.2003 N 438 "О психотерапевтической помощи".

ные нарушения настроения. Такие нарушения нередко выходят за рамки "простого" депрессивного эпизода согласно применяемой в России классификации болезней (МКБ-10)². При этом расстройства депрессивного спектра очень широко распространены. Среди всех посетителей поликлиники, которые приходят с различными жалобами к врачам разных специальностей, как считается, примерно половину составляют лица с теми или иными проявлениями депрессии [1], хотя и не всегда такие проявления требуют специального лечения. Проблемы, связанные с выявлением и лечением депрессии, сегодня крайне актуальны как для личности, так и для общества в целом [2].

Особо следует отметить, что патологическое нарушение настроения может быть вызвано различными причинами, а также обладать разнообразными проявлениями (например, различно локализованные болевые синдромы) и может классифицироваться по-разному (как диагноз) врачами различных специальностей. Теоретически это также означает, что в сегодняшних условиях *обоснованное назначение* специфической фармакотерапии (антидепрессанты, др.) конкретному пациенту практикующий врач той или иной специальности может *объяснить по-разному*, подобрав более подходящий в силу различных причин диагноз.

В данной статье используется термин "депрессия", так как это одно из наиболее распространенных и общепринятых сегодня понятий для характеристики аффективных расстройств, в чем-то аналогичное термину "невроз", который чаще применялся в середине XX века. В амбулаторной практике возможно лечение депрессии только легкой и средней степени тяжести. "Депрессия" в медицинском плане чаще всего означает стойкое снижение настроения в течение не менее 2-х недель с дополнительными симптомами (например: потеря аппетита, ухудшение внимания, др.), которое не соответствует реальной жизненной ситуации. При этом современные определения болезни (МКБ-10, DSM-IV) нельзя назвать совершенными. Например, депрессивные и тревожные расстройства оказались во многом искусственно разделенными, хотя в обоих случаях предлагаются одни и те же, либо сходные методы терапии [3].

Если в начале XX века формирование патологического нарушения настроения у человека связывали в большей степени с влиянием среды (социальные и психологические причины), то, начиная с середины века, на первый план вышли биологические объяснения - например, недостаток нейрохимических передатчиков сигнала в мозге. Действие специальных фармакологических средств - антидепрессантов объясняется в основном с позиций *биологических* причин депрессии. Иными словами, при современном уровне знаний можно условно сказать, что антидепрессант - это лекарственный препарат, который оказывает специфическое влияние на обмен нейрохимических медиаторов в клетках мозга с целью улучшения патологически сниженного настроения³. Само двухсложное определение "анти-депрессант" буквально указывает на его основное назначение - "против патологически сниженного настроения".

Годовой объем российского рынка антидепрессантов, по разным оценкам, составлял в последнее время около 40 млн. долларов США. В сравнении с западными странами, антидепрессанты применяются в России пока еще недостаточно широко. Сегодня накоплены доказательные сведения о несомненной пользе антидепрессантов при их квалифицированном применении, в том числе у пациентов, которые страдают самой распространенной на сегодня группой нарушений здоровья - сердечно-сосудистыми заболеваниями [например, 4]. Для немедицинской аудитории отметим, что многие популярные безрецептурные и рецептурные лекарства "от нервов" (а это ог-

² МКБ-10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра; DSM-IV - классификация болезней, принятая в США.

³ Примеры международных непатентованных наименований антидепрессантов, применяющихся в амбулаторно-поликлинической практике: *флувоксамин, флуоксетин, сертралин, циталопром, венлафаксин, пароксетин, др.* Современные антидепрессанты достаточно безопасны, обычно их не относят к наркотическим или ядовитым веществам - то есть, для выписки рецепта не требуется особого бланка (строгого учета).

ромный объем самостоятельных покупок и врачебных назначений) относятся к препаратам других классов.

Присутствие субъективизма в диагностике депрессии и других аффективных расстройств во многом связано с применяемыми сегодня традиционными методиками. Доступный для врача инструментарий - это: клиническая беседа, анкеты пациента (самооценка), психометрические шкалы (особые анкеты). При этом картина, когда рядовой специалист поликлинического звена применяет в повседневной практике солидную батарею тестов (соблюдая все необходимые условия такого *психологического* по сути исследования) и тщательно формирует доказательную базу, регистрируя все симптомы и критерии, представляется пока маловероятной. Дополнительную сложность в диагностику депрессии вносит огромное разнообразие психических состояний, их оттенков и сочетаний, что актуализирует не только максимально строгие критерии оценки, но и *феноменологические подходы* [5]. Таким образом, в отличие от, например, кардиологии, где диагноз основывается на достаточно объективных *физиологических* параметрах (данные электрокардиографии, др.), рядовой врач при выявлении депрессии вынужден в большей степени использовать прямое наблюдение - восприятие различной информации от пациента. Стоит вспомнить, что Гельмгольц характеризовал восприятие как бессознательное или сознательное умозаключение [6]. В отсутствие объективно регистрируемых, исчисляемых и однозначно трактуемых физиологических данных о пациенте, умозаключение связано в большей степени с особенностями личности, условиями работы и квалификацией врача. То есть *проблема субъективизма касается диагностических суждений врача, которые основаны не на ясных, однозначных, объективно подтверждаемых и исчисляемых критериях* (как, например, температура тела). Проблема связана с недостатками традиционных диагностических методов или условий их применения, недостаточным владением существующими методами, личными предубеждениями, пристрастиями и любыми другими значимыми качествами специалиста.

Несмотря на то что субъективность изначально присутствует в современной диагностике нарушений настроения, *социологических данных о мнении самих практикующих врачей на этот счет практически нет*. Актуальность проблемы связана не только с лечением расстройств депрессивного спектра, но и с развитием новых диагностических подходов (в том числе с фундаментальными исследованиями), разумной стандартизацией лечения. С целью выяснить отношение врачей амбулаторно-поликлинического звена к проблеме субъективизма в диагностике депрессивных состояний (именуемых по-разному, но требующих, по мнению врачей, назначения антидепрессантов) было проведено специальное исследование мнений врачей амбулаторно-поликлинического звена (80 специалистов в 6 городах России), которые применяют антидепрессанты во врачебной практике.

Материал и методы. Для проведения исследования использовалась неслучайная целевая выборка [7]. Все врачи-участники отбирались по следующим заданным признакам: 1. основное место работы - амбулаторно-поликлиническое учреждение; 2. практическая лечебная работа (врач лично принимает пациентов); 3. наличие у врача пациентов с нетяжелой депрессивной симптоматикой согласно критериям МКБ-10 (не предполагающей госпитализации, но требующей врачебного участия, соответствующей фармакотерапии); 4. врачебная специальность: психиатр, психотерапевт или невролог; 5. назначение врачом антидепрессантов при необходимости (наличие препаратов этого класса в реальном фармакотерапевтическом арсенале врача).

Данные признаки соответствуют *реальной* практике амбулаторного назначения антидепрессантов согласно показаниям для клинического применения этих препаратов и области профессиональной компетенции выбранных специалистов [8, 9]. За счет этого обеспечивалась значимость результатов, полученных в данной малой выборке, которая включала 80 участников разной врачебной специальности. При случайном отборе, если считать число неврологов страны равным 25 600 (открытые данные Госкомстата), психиатров - 16 190 (данные МНИИ психиатрии) и психотерапевтов - 4128 (данные МНИИ

психиатрии), статистическая ошибка выборки данного размера (80 врачей) при доверительной вероятности 95% (и максимальной возможной ошибке) могла бы достигать примерно 10% при использовании стандартных формул [например, 10]. Дополнительно следовало бы учитывать узкую специализацию врачей внутри профессиональной группы, например среди неврологов, для уточнения объема генеральной совокупности. Однако точно рассчитать статистическую ошибку выборки при ее неслучайном формировании не представляется возможным. В настоящем исследовании адекватный уровень репрезентативности достигался за счет имплицитного знания [11], включающего четкое определение целевой группы, и поэтому, как предполагается, ошибка выборки мала. Кроме того, для повышения репрезентативности использовалась рандомизация отбора участников по следующим параметрам: *географическому признаку* (Санкт-Петербург, Саратов, Красноярск, Краснодар, Пермь, Челябинск); *месту работы* (отсутствовало квотирование для городских поликлиник, психоневрологических диспансеров и др.); *врачебной специальности* (психиатр, психотерапевт, невролог).

Процедура анкетирования включала индивидуальную передачу анкеты на рабочем месте врача, самостоятельное письменное заполнение врачом и возврат анкеты. Также следует отметить, что заданные критерии отбора четко соблюдались проинструктированными добровольцами, имеющими высшее медицинское образование и хорошо ориентирующимися в системе здравоохранения конкретного города. Исследование не содержит какого-либо конфликта интересов; связано с получением новой информации и следует необходимым этическим нормам [12].

Оригинальная анкета включала 8 вопросов, подготовленных с учетом существующих рекомендаций [например, 13]. Для каждого вопроса, кроме N 7, предлагались 3 варианта стандартных ответов и возможность дать собственный (свободный) вариант. Формулировки вопросов и варианты готовых ответов приведены в табл. 1, иллюстрирующей суммарные результаты анкетирования. Компактность анкеты сочеталась с возможностью разносторонней оценки мнения врача. Для математической обработки данных применялись стандартные методы, использование гипергеометрического распределения (в интерпретации результатов) - согласно рекомендациям [14]. Вычисления - в стандартной программе MS Excel 2003.

Некоторые результаты исследования. В указанной выборке психиатры и психотерапевты, как правило, выбирают диагноз "депрессия" при наличии соответствующей симптоматики. На это указали 9/10 психиатров и чуть больше половины психотерапевтов. Неврологи (2/3 от включенных в исследование врачей этой специальности) обычно используют другие варианты формулировки диагноза. Кроме предложенного в анкете готового варианта "нейроциркуляторная дистония", неврологами были даны, например, такие определения, как: "расстройство адаптации" и "астено-субдепрессивный синдром". Еще почти треть неврологов выборки просто не указывают диагноз, касающийся депрессивной симптоматики. Заслуживает внимания, что 1/10 неврологов выборки отметили, что всегда используют диагноз "депрессия". Один участник-невролог отметил, что таких пациентов он "отправляет к психиатру". Таким образом, если 9/10 опрошенных психиатров при необходимости формулируют диагноз как "депрессия", то такая же доля неврологов уходит от этой формулировки. При этом (по условиям анкетирования) речь идет о пациентах, которым с высокой степенью вероятности показаны антидепрессанты. То есть специальность врача влияет на выбор официального диагноза при сходной симптоматике и сходных методах терапии. Иными словами, этап внутренней регистрации диагноза в определенной мере субъективен. Очевидно, что объяснение этого феномена выходит за рамки данного исследования и касается организационных вопросов.

Абсолютные суммарные цифры стандартных ответов участников приведены в табл. 1. Нестандартные ответы врачей, примечания или пропуски ответов, имеющие значение для исследования, приводятся по мере необходимости.

На прямой вопрос (N 4) о методах диагностики 4/5 опрошенных неврологов выборки указали в качестве единственного инструмента "клиническую беседу". Еще

Таблица 1

Суммарные стандартные ответы врачей выборки на вопросы анкеты

1	В каком лечебно-профилактическом учреждении Вы работаете (тип)?	Городская поликлиника	Специальный диагностический центр	Психоневрологический диспансер
		37	9	32
2	Ваша врачебная специальность?	Невролог	Психиатр	Психотерапевт
		35	29	16
3	Всегда ли, подозревая у пациента нетяжелый депрессивный эпизод, Вы указываете диагноз "депрессия"?	Не указываю	Пишу "нейроциркуляторная дистония" или что-то иное	Да, всегда
		12	25	39
4	Методы диагностики, которые Вы применяете при этом	Клиническая беседа	Психометрические шкалы	Анкеты самооценки
		78	23	14
5	Насколько объективны эти методы?	Недостаточно объективны	Объективны на 100%	Субъективны
		52	16	12
6	Вы пользовались бы аппаратным способом (прибором) для оценки депрессии?	Да, если бы это была объективная оценка	В этом нет необходимости	Однозначно "да", так как это позволило бы уйти от субъективизма
		41	28	7
7	Если Вы "за" оценку депрессии с помощью прибора, то, сколько он, на Ваш взгляд, должен стоить?	см. описание ответов в тексте		
8	Нужны ли	Да, уровень	Да, целый ряд	Не нужны

	биохимические исследования для диагностики депрессии?	кортизола в крови	различных маркеров	
		10	28	35

1/5 опрошенных дополняют этот ответ одним или двумя вариантами - "психометрические шкалы" и "анкеты самооценки". Среди психиатров половина ограничились ответом "клиническая беседа", а остальные используют все из перечисленных направлений диагностики или как минимум два из трех. Среди психотерапевтов выбрали только один вариант "клиническая беседа" треть участников. Исходя из результатов, можно уверенно утверждать, что большинство психиатров и психотерапевтов хорошо осведомлены о возможности применения различных шкал и анкет в диагностике депрессии и считают важным для себя, как специалиста, указать на использование таких диагностических способов в практике.

Следует особо отметить, что оценка подготовленности врачей к применению различных анкет и шкал не входила в задачу данного исследования, но единичные свободные примечания участников позволяют предположить у них различный уровень такой подготовки.

Половина из наиболее подготовленных к применению тестов врачей (психотерапевтов) считают применяемые методы "недостаточно объективными". Среди психиатров каждый второй полагает, что диагностика "недостаточно объективна" или вовсе "субъективна". Еще выше доля неврологов, имеющих аналогичное мнение - девять из десяти.

Если за ответы на вопрос N 4 начислять баллы, где за ответ "клиническая беседа"

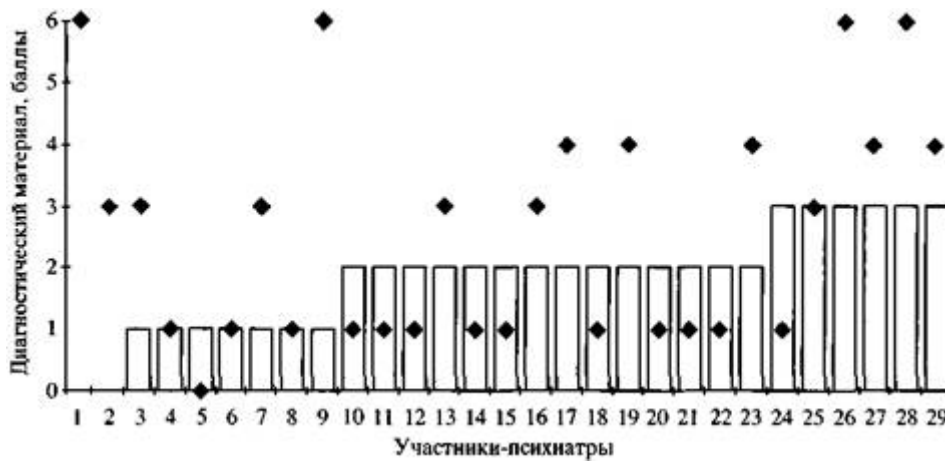


Рис. Самооценка набора диагностических методов (1 - 6 баллов) и присутствия субъективизма в этих методах у психиатров выборки. Высота столбцов соответствует уровню критичности (1 - 3 балла) опрошенных по отношению к объективности диагностических методов

начисляется 1 балл, за "анкеты самооценки" - 2 балла, а за "психометрические шкалы" - 3 балла, то диагностический арсенал каждого врача выборки можно условно оценить по сумме баллов, в зависимости от набора применяемых им подходов. Максимальная оценка диагностического арсенала, таким образом, может достичь 6 баллов.

Для того чтобы сопоставить самооценку широты диагностического арсенала врачей с уровнем критичности к набору методов, также в баллах определено условное значение: при выборе варианта ответа "объективны на 100%" на вопрос N 5 участник получал 1 балл, "недостаточно объективны" - 2 балла, "субъективны" - 3 балла. Таким образом, наиболее критическое отношение к применяемому набору методов диагностики выражалось оценкой в 3 балла. На основе проведенного шкалирования могут быть проиллюстрированы соотношения широты диагностического арсенала (от 0 до 6 баллов) каждого врача выборки и самооценки им субъективности (от 1 до 3 баллов) применяемых методов. Пример для участников-психиатров представлен на рис.

При отсутствии четкой (достоверной) зависимости в целом меньшее доверие врачей к валидным диагностическим методам, доказавшим свою надежность [см., например, 17], соответствует более низкой оценке диагностического арсенала. Можно также полагать, что по мере снижения частоты применения разными специалистами тестовых методик для оценки депрессивной симптоматики (что отражает их врачебную специализацию) снижается уровень доверия к этим способам диагностики. Таким образом, в данной выборке вероятность признания врачом обсуждаемых способов диагностики полностью объективными уменьшается в ряду "психотерапевт-психиатр-невролог". В этой связи попробуем приблизительно оценить вероятность признания существующих сегодня обычных методов диагностики депрессии *полностью объективными* половиной произвольно взятых специалистов страны - отдельно для психиатров, неврологов и психотерапевтов.

Примем три условия для такой оценки. Во-первых, о равной вероятности любого специалиста быть включенным в выборку и о репрезентативности данной выборки. Во-вторых, о соответствии заявленной численности всех врачей числу практикующих специалистов. В-третьих, о применении статистических методов в выборочном контроле конечной совокупности объектов объема N по альтернативному признаку, где таким признаком будет не критическое отношение врачей к их диагностическому арсеналу (мнение о том, что диагностические методы полностью объективны). При указанных условиях подходящим для поиска требуемой вероятности будет расчет с

Таблица 2

Приблизительная оценка вероятности мнения "обычные диагностические методы депрессии полностью объективны" половиной произвольно взятых специалистов, назначающих антидепрессанты

Специалист	Невролог	Психиатр	Психотерапевт
n (размер выборки)	35	29	16
Y (число специалистов в выборке, обладающих заданным признаком -мнением: "обычные методы диагностики депрессии полностью объективны")	3	6	7
N (общее число специалистов*)	25600	16190	4128
D (предполагаемое число всех специалистов, обладающих заданным признаком, мнением: "обычные методы диагностики депрессии полностью объективны" - половина от общего числа специалистов)	12800	8095	2064
P (вероятность того, что выбранная наугад половина специалистов имеет мнение: "обычные методы диагностики депрессии полностью объективны")	0,0000002	0,003	0,122

* Госкомстат, МНИИ психиатрии.

использованием свойств гипергеометрического распределения [12]. Исходные и расчетные значения представлены в табл. 2.

Данная приблизительная оценка, очевидно, могла бы быть скорректирована при наличии точных данных о численности врачей, назначающих антидепрессанты. Также следовало бы учесть наличие пациентов с органическими причинами депрессии и соответственно наличием элементов объективного контроля у части врачей. Однако в любом случае как результаты анкетирования в рассматриваемой выборке, так и расчетная вероятность указывают на критическое отношение рядовых врачей к наиболее распространенным и применяемым ими самими методам диагностики депрессии.

Вместе с тем разносторонняя оценка отношения врачей к объективности тестов демонстрирует отсутствие твердого убеждения или ясного, хорошо осознаваемого мнения по этому вопросу у многих участников. Например, только половина неврологов (при недоверии к объективности тестов у 9/10 участников этой специальности) полагает, что уместна оценка депрессивной симптоматики с помощью специального прибора (вопрос N 6). Несколько выше доля психиатров с аналогичным мнением - 2/3, и значительно выше доля психотерапевтов - 8/10. При этом примерно половина всех врачей указали, что для диагностики депрессии нужны биохимические исследования (вопрос N 8) -

определение уровня кортизола в крови или другие маркеры. Учитывая, что проведение биохимических исследований предполагает применение какого-либо оборудования (приборов, устройств, специальным образом подготовленных реагентов для экспресс-теста и т.д.), этот выбор в ряде случаев, особенно у участников-неврологов, противоречит ответам на вопрос N 6. Исходя из данных фактов, можно предположить, что наиболее подготовленные к применению психометрических шкал или анкет самооценки врачи эффективнее их применяют, лучше понимают сильные и слабые стороны тестов. Это также дает им основание к лучшему приятию прогрессивных новшеств и общему пониманию актуальности альтернативных методов.

Ответ на вопрос N 7 о стоимости гипотетического прибора, внесенный в анкету для переключения внимания участников, соответствовал ответам на предыдущий вопрос - чаще всего следовал пропуск или указывалось "не знаю", "недорого", "не владею информацией". Остальные ответы, например, "100 рублей", "1000 рублей", "1 млн. рублей", предположительно характеризовали неверие в реальную возможность такого прибора.

Об отсутствии ясных представлений об объективности тестов у ряда врачей косвенно свидетельствует также следующее: 16 участников ответили на вопрос N 5, что

стр. 106

применяемые для диагностики методы полностью объективны. Но из них же 6 человек в ответе на вопрос N 8 отметили необходимость биохимических исследований для диагностики депрессии.

О мерах повышения точности диагностики депрессии, по крайней мере у отдельных категорий пациентов, говорят и последние зарубежные публикации [например, 18]. Кроме чисто диагностических проблем, высокая критичность, неоднозначность мнения практикующих врачей по поводу объективности диагностики депрессии (или, иначе, недостаточный уровень доверия к обычным методам) может иногда означать, в том числе, недостаточно высокий уровень доверия к результатам контроля эффективности того или иного антидепрессанта.

Заключение. Критичность врачей к методам диагностики депрессивных состояний, как видится, требует не только улучшения врачами навыков проведения клинического интервью, но и создания принципиально новых подходов в диагностике. Важнейший недостаток применения расспросов для исследования депрессии связан с субъективностью оценки человека человеком. Особенно важно то, что оценка человеком собственного состояния, внутренних ощущений (сердцебиений, др.) в немалой степени зависит от фокуса внимания [19]. Не исключено, что сама процедура клинического интервью может значимо менять психологическое состояние испытуемого. Кстати, с вербальными воздействиями связаны и многие психотерапевтические приемы [20].

Понимание специалистами определенной субъективности методов диагностики расстройств депрессивного спектра актуализирует усилия головных психиатрических институтов, Российского общества психиатров, других государственных и общественных структур по модернизации внебольничной психиатрии, укреплению службы медицинских психологов, открытию психотерапевтических кабинетов в поликлинических учреждениях страны (уже действует более 1100 кабинетов, согласно статистике Московского НИИ психиатрии).

Кроме того, результаты данного социологического исследования можно интерпретировать как востребованность врачебным сообществом результатов фундаментальных исследований, которые, в частности, могли бы способствовать созданию элементов объективного контроля аффективных расстройств. Одним из перспективных направлений для создания достаточно объективных методов, возможно, даже "приборного" контроля депрессии, которые бы органически дополняли клиническое интервью (несомненную область искусства врача), является изучение фундаментальных аспектов взаимосвязи автономной и центральной нервной системы. Например, на основе длительного клинического наблюдения в Московском НИИ психиатрии была предложена систематика клинической динамики депрессии, где этапы развития и регрессии болезни характеризуются, в том

числе, изменениями вегетативных параметров [21]. В этой области, вероятно, имеют перспективу различные исследования сердечного ритма [например, 22]. Можно полагать, что появление объективного инструментария для диагностики связанных с депрессией состояний изменило бы не только мнение многих врачей, но коснулось и условий применения антидепрессантов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Краснов В.* Организационные вопросы помощи больным депрессией // Психиатрия и психофармакотерапия. N 5. 2001. С. 152 - 154.
2. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. Всемирная организация здравоохранения, 2006. [www.who.org]
3. *Краснов В. Н.* Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии // Материалы докладов симпозиума "Диагностика и лечение тревожных расстройств в общей медицинской практике" в рамках XVI Конгресса "Человек и лекарство". М., 2009. С. 2 - 6.
4. *Spiedelberg H.* Phenomenology in psychology and psychiatry; a historical introduction. Evanston, Illinois: Northwestern University Press. 1972. 411 p.
5. *Nickels M.W., Privitera M.R., Coletta M, Sullivan P.* Treating depression and psychiatric consultation in cardiology. *Cardiol J.* 2009; 16(3).

стр. 107

-
6. *Гельмгольц Г.* О восприятии вообще // Познавательные психические процессы / Сост. и общ. ред. *А. Г. Маклакова.* СПб.: Питер, 2001. С. 57 - 81.
 7. *Чуриков А.* Случайные и неслучайные выборки в социологических исследованиях // Социальная реальность. N 4. 2007. С. 89 - 109.
 8. *Мосолов С. И.* Клиническое применение современных антидепрессантов // Русский медицинский журнал. 2005. N 12. Т. 13. С. 852 - 857.
 9. *Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л., Дюкова Г. М.* Депрессия в неврологической практике. М.: Медицинское информационное агентство, 2002.
 10. *Батыгин Г. С.* Лекции по методологии социологических исследований. М.: Аспект-Пресс, 1995. С. 91- 117.
 11. *Ондрейкович П.* Интерпретация и объяснения в исследованиях социологов // Социол. исслед. 2008. N 12. С. 36 - 46.
 12. *Ядов В. А.* Социологическое исследование: методология, программа, методы. 2-е изд. М.: Наука, 1987. С. 220 - 237.
 13. *Лютынский Я.* Вопрос как инструмент социологического исследования // Социол. исслед. 1990. N 1. С. 89 - 98.
 14. *Орлов А. И.* Математика случая: Вероятность и статистика - основные факты. М.: МЗ-Пресс, 2004.
 15. *Собчик Л. Н.* Метод портретных выборов - адаптированный тест Сонди. М.: Речь, 2003.

16. *Смулевич А. Б.* Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2007.
17. *Uher R., Farmer A., Maier W. et al.* Measuring depression: comparison and integration of three scales in the GENDEP study. *Psychol Med.* 2008 Feb; 38(2). P. 289 - 300.
18. *Davison T. E., McCabe M. P., Mellor D.* An examination of "gold standard" diagnosis of major depression in aged-care settings // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2009, May; 17(5).
19. *Урываев Ю. В., Кубряк О. В., Дружинин С. В., Красносельский С. С.* Восприятие сердцебиений: поликомпонентная афферентация и микроинтервальный показатель ритма у здоровых // *Вестник Поморского государственного университета (Архангельск).* 2003. N 2(4). С. 10 - 17.
20. *Незнанов Н. Г., Карвасарский Б. Д.* Клиническая психотерапия в общей врачебной практике. СПб.: Питер. 2008.
21. *Краснов В. Н.* Закономерности динамики депрессий: клинические, патологические и терапевтические аспекты // *Депрессия и коморбидные расстройства (под ред. А. Б. Смулевича).* М.: НЦПЗ РАМН, 1997. С. 80 - 97.
22. *Кубряк О. В., Урываев Ю. В.* Оценка вовлеченности подсознания в восприятие кардиоритма у здоровых добровольцев // *Физиология человека.* 2008. Т. 34. N 4. С. 57 - 63.