

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра общей врачебной практики с курсом гериатрии

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ ВРАЧАМИ
ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ**

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано учебно-методическим объединением
в сфере дополнительного образования взрослых
по направлению образования «Здравоохранение»

Минск, БелМАПО
2023

УДК 616.89-008.454-07-08+616.89-008.441.44-08-039.71(075.9)

ББК 56.145.6я78

Д 44

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
(протокол № 10 от 28.11.2022)

Авторы:

Протьюко Н.Н., доцент кафедры общей врачебной практики с курсом гериатрии БелМАПО, к.м.н., доцент

Патеюк И.В., заведующий кафедрой общей врачебной практики с курсом гериатрии БелМАПО, к.м.н., доцент

Ситник Г.Д., доцент кафедры общей врачебной практики с курсом гериатрии БелМАПО, к.м.н., доцент

Милюк Н.С., доцент кафедры общей врачебной практики с курсом гериатрии БелМАПО, к.м.н., доцент

Котова Г.С., доцент кафедры общей врачебной практики с курсом гериатрии БелМАПО, к.м.н., доцент

Антонович Ж.В., доцент кафедры общей врачебной практики с курсом гериатрии БелМАПО, к.м.н., доцент

Лобашова В.Л., доцент кафедры общей врачебной практики с курсом гериатрии БелМАПО, к.м.н., доцент

Попова О.В., доцент кафедры общей врачебной практики с курсом гериатрии БелМАПО, к.м.н., доцент

Рецензенты:

Катаргина Е.Л., главный внештатный специалист по психотерапии Главного управления по здравоохранению Миноблсполкома, заместитель главного врача по медицинской части (по психиатрии) УЗ «Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», врач-психиатр-нарколог

Кафедра поликлинической терапии УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Д 44 **Диагностика** и лечение депрессии врачами общей практики. Профилактика суицидального поведения пациентов с депрессией : учеб.-метод. пособие / Н.Н. Протьюко [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2023. – 54 с.

ISBN 978-985-584-844-9

Представленное учебно-методическое пособие посвящено вопросам диагностики и лечения пациентов с депрессией, оценке суицидального риска и профилактике суицидального поведения.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальности «Общая врачебная практика» (дисциплина «Оказание медицинской помощи в области неврологии и психиатрии»), повышения квалификации врачей общей практики, врачей-терапевтов и иных врачей-специалистов.

УДК 616.89-008.454-07-08+616.89-008.441.44-08-039.71(075.9)

ББК 56.145.6я78

ISBN 978-985-584-844-9

© Протьюко Н.Н. [и др.], 2023

© Оформление БелМАПО, 2023

СПИСОК АББРЕВИАТУР

АД - антидепрессанты

ВОП - врач общей практики

ДЭ - депрессивный эпизод

МКБ – 10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра

ПАВ - психо-активные вещества

ССЗ - сердечно-сосудистые заболевания

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение	5
2. Этиология депрессии	5
3. Клиническая картина, степени тяжести депрессии, тактика ВОП.....	8
4. Суицидальный риск при депрессии, оценка, тактика ВОП.....	12
5. Причины низкой выявляемости депрессии ВОП.....	16
6. Сигнальные симптомы и клинические ситуации для диагностики депрессии ВОП.....	17
7. Диагностика, дифференциальная диагностика депрессии ВОП..	18
8. Лечение депрессии в общей врачебной практике.....	21
9. Антидепрессанты для лечения депрессии в общей врачебной практике.....	22
10. Психотерапия в лечении депрессии.....	30
11. Показания для направления пациентов с депрессией на консультацию к психотерапевтам, психиатрам-наркологам и на госпитализацию.....	31
12. Литература.....	33
Приложение 1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).....	37
Приложение 2. Шкала депрессии Бека	39
Приложение 3. Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HAM-D-17).....	42
Приложение 4. Шкала оценки риска суицида (The SAD PERSONS Scale).....	46
Приложение 5. Информация и рекомендации для человека с депрессией и членов его семьи.....	47
Приложение 6. Алгоритм оценки риска суицида у пациентов с депрессией и тактика ВОП.....	49
Приложение 7. Рекомендации пациенту с риском суицида, членам его семьи.....	50
Приложение 8. Рекомендуемые средние суточные дозы АД для применения в общей врачебной практике.....	52
Приложение 9. Результаты межлекарственного взаимодействия АД с другими препаратами.....	53

1. ВВЕДЕНИЕ

Депрессия или депрессивный эпизод (ДЭ) по МКБ-10, является одним из наиболее распространенных и социально значимых психических расстройств. Около 5% населения мира страдает депрессией. Высока вероятность возникновения ДЭ в течение жизни и составляет для женщин – 20%, для мужчин -10%.

В Республике Беларусь отмечается та же распространенность – 5% населения или 400-450 тыс. чел. болеют депрессией. Однако среди пациентов, страдающих такими соматическими заболеваниями, как кардиологические, онкологические, дерматологические, ДЭ встречается в 3-14 раз чаще. Среди всех пациентов врача общей практики (ВОП) распространенность ДЭ составляет 10%.

Часто ДЭ не распознаются врачами первичного звена здравоохранения, прежде всего ВОП, врачами-терапевтами. Поэтому лечение получают не более 15-20% больных депрессией. И не всегда лечение, назначенное врачом общесоматического профиля, является адекватным.

Необходимость своевременного выявления и лечения ДЭ определяется следующими факторами: склонностью к затяжному течению, хронизации и рецидивированию ДЭ, ухудшением течения и прогноза коморбидных соматических и психических расстройств, существенным ухудшением качества жизни пациентов, повышением суицидального риска.

Раннее выявление ДЭ должно происходить на этапе оказания первичной медицинской помощи, в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Основным специалистом, к которому чаще всего попадает пациент с ДЭ на ранних этапах, а также который наблюдает пациентов в динамике, является ВОП.

Представленное учебно-методическое пособие посвящено вопросам диагностики, лечения, профилактики ДЭ, а также оценки и профилактики суицидального риска у пациентов ВОП.

2. ЭТИОЛОГИЯ ДЕПРЕССИИ

Депрессия развивается в результате сложного взаимодействия целого ряда факторов, которые можно сгруппировать следующим образом:

- Биологические (конституционально-генетические) факторы;
- Социальные факторы;
- Психологические факторы.

Биологические (конституционально-генетические) факторы развития депрессии. Одной из основных современных концепций возникновения депрессии, является моноаминовая теория, постулирующая в качестве основного патогенетического механизма депрессии недостаточность синаптической активности моноаминов (серотонина, дофамина, норадреналина) в головном мозгу. Нарушения обмена данных нейромедиаторов приводит к появлению соответствующих клинических симптомов, таких как сниженное настроение, тревожность, ангедония, апатия, астения и другие. Поэтому патогенетической терапией депрессий является использование антидепрессантов, которые регулируют метаболизм моноаминов.

Синтез моноаминов во многом зависит от генетической детерминированности. В данном аспекте более изученным является генетические механизмы синтеза серотонина. Доказана наследственная обусловленность аффективных расстройств (на основании обследования близнецов). Риск заболеть для пробанда, если биполярным аффективным расстройством страдает один родитель – 27%, оба родителя - 75%.

В качестве значимых рассматриваются и другие патофизиологические процессы развития ДЭ, в числе которых нарушение процессов нейропластичности, дисрегуляция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, гиппокампа и других областей мозга. Эти процессы определяют развитие ДЭ при органических поражениях головного мозга, послеродовых депрессий, а также депрессий при некоторых эндокринологических заболеваниях.

Соматогенные депрессии являются коморбидными с соматическим расстройствами. Они возникают вследствие целого ряда соматических заболеваний (инфаркт миокарда, злокачественные новообразования, бронхиальная астма, артериальная гипертензия и др.), а также хронических болевых синдромов. Развитие соматогенных депрессий связано как с метаболическими изменениями, произошедшими в ЦНС в результате соматического заболевания, так и в связи с психологическими реакциями пациента на болезнь. При этом депрессии значительно осложняют течение соматических заболеваний, ухудшают эффективность их лечения и прогноз. Например, сочетание ИБС и депрессии ассоциируется с увеличением риска смерти пациентов в 3,5 раза.

Ятрогенные депрессии могут возникнуть в результате приема некоторых фармакологических препаратов: гипотензивных средств, стероидных гормонов, пероральных контрацептивов, анальгетиков,

грамотрицательных антибиотиков, сульфаниламидов, нейролептиков, барбитуратов, метилдопы, цитостатиков, бета-блокаторов и др.

Сезонные депрессии возникают вследствие уменьшения светового дня, нарушения биологических ритмов.

Социальные факторы развития депрессии. Порой человек попадает в тяжелые жизненные ситуации, к которым не может адаптироваться и возникает депрессивная реакция. К таким ситуациям относятся смерть близкого человека, развод, болезнь близкого человека и необходимость ухода за ним, финансовые проблемы, и т.д.

Но у большинства пациентов ДЭ развивается не вследствие тяжелой утраты, горя, а из-за текущих проблем, которые не носят катастрофического характера. И в данном случае на первый план в качестве причин депрессии выходят не внешние социальные факторы, а внутриличностные, которые определяют отношение человека к внешним проблемам. Это можно отнести в некоторых случаях и к соматогенным депрессиям. В таких ситуациях и появление депрессивной симптоматики, и ее степень выраженности напрямую зависит не столько от исходного соматического заболевания, сколько от внутренней картины болезни, которая имеется у пациента, от степени его ухода в болезнь, драматизации своего состояния. Поэтому велика роль в развитии, поддержании депрессии психологических факторов.

Психологические факторы развития депрессии представляют собой те когнитивные установки, которые сформированы у пациента в его отношении к себе, к окружающим, к жизни, к своей болезни.

Выявлены следующие психологические факторы риска депрессий:

- особый стиль мышления, т.н. негативное мышление, для которого характерна фиксация на отрицательных сторонах жизни и собственной личности, склонность видеть в негативном свете окружающую жизнь и свое будущее;

- специфический стиль общения в семье с повышенным уровнем критики, повышенной конфликтностью;

- социальная изоляция с малым числом теплых, доверительных контактов, которые могли бы служить источником эмоциональной поддержки.

Если человек имеет негативное мышление или так называемые иррациональные когнитивные (мысленные) установки, он будет попадать в ситуации внутреннего конфликта, напряжения, беспокойства, которые приведут его к развитию тревожности, депрессивности. Поэтому обязательным компонентом лечения депрессий является психотерапия.

Следует отметить, что вклад психологических факторов в развитии

депрессии у каждого пациента разный. Например, при органических депрессиях (после родов, после обширных инсультов, при органических расстройствах личности, т.п.) он минимален.

3. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ДЕПРЕССИИ, ТАКТИКА ВОП

Клиническая картина ДЭ (F32) по МКБ-10 включает основные и дополнительные симптомы.

Основные симптомы ДЭ:

- сниженное, подавленное настроение, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой;
- утрата прежних интересов и способностей получать удовольствие (ангедония);
- снижение активности, энергичности, способности к деятельности.

Дополнительные симптомы ДЭ:

- снижение способности к концентрации внимания;
- заниженная самооценка и уверенность в себе;
- идеи вины и самоуничтожения;
- мрачное, пессимистическое видение будущего;
- идеи и действия самоповреждения и суицидальные;
- нарушения сна (ранние пробуждения);
- сниженный аппетит (потеря веса).

Диагностические критерии ДЭ:

- Наличие у пациента как минимум двух основных и двух дополнительных симптомов из перечисленных выше.

- Указанные симптомы должны присутствовать большую часть дня вне зависимости от ситуации и продолжаться не менее двух недель. Характерны также суточные колебания настроения, когда пациент значительно хуже чувствует себя по утрам, а к вечеру его состояние улучшается.

Но порой диагностика ДЭ затруднена из-за того, что на первый план выступают соматические симптомы (указанные в разделе «другие» при описании клиники депрессивного эпизода) или другие психические симптомы, которые маскируют депрессивные проявления. Для обозначения таких депрессий используют термины «маскированная», «соматизированная», «лабиринтная» депрессия, хотя таких официальных диагнозов нет.

«Маски» соматизированных депрессий:

1. «Маски» в форме психопатологических расстройств:

- тревожно-фобические (генерализованное тревожное расстройство, панические атаки, агорафобия);
- обсессивно-компульсивные (навязчивости);
- ипохондрические;
- неврастенические.

2. «Маски» в форме инсомний:

- бессонница;
- гиперсомния.

3. «Маски» в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств:

- синдром вегетососудистой дистонии, головокружение;
- функциональные нарушения внутренних органов;
- нейродермит, кожный зуд;
- анорексия, булимия;
- импотенция, нарушения менструального цикла.

4. «Маски» в форме алгий:

- цефалгии;
- кардиалгии;
- абдоминалгии;
- фибромиалгии;
- невралгии.

5. «Маски» в форме патохарактерологических расстройств:

- расстройства влечений (наркомания, токсикомания);
- антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, вспышки агрессии);
- истерические реакции (обидчивость, плаксивость, склонность к драматизации ситуации, стремление привлечь внимание к своим недомоганиям, принятие роли больного).

Депрессии, принимающие соматические «маски», чаще встречаются в общемедицинской сети. По разным данным, в среднем, 1/3 всех пациентов, наблюдающихся у врачей широкого профиля и узких специалистов, страдают депрессией, маскированной ипохондрической или соматизированной симптоматикой.

Особенности течения ДЭ:

- Чаще всего (в 60% случаев) ДЭ проходит через 6 месяцев.
- Более тяжелое течение ДЭ имеет у пожилых людей.

- Факторы, которые могут повлиять на более затяжное течение ДЭ: более тяжелый ДЭ, большая продолжительность предыдущего ДЭ, наличие хронического соматического заболевания, инвалидность, функциональные ограничения, отсутствие социальной поддержки.

- Частота рецидивов составляет от 35 до 65%. Основными причинами рецидивов являются недостаточные дозировки препаратов (прежде всего, антидепрессантов) и длительность проводимой терапии.

- ДЭ может быть причиной длительной нетрудоспособности.

Ввиду важности для лечения и определения тактики ведения выделяют три степени тяжести ДЭ: легкую, среднюю (умеренную) и тяжелую (с психотическими проявлениями или без них).

Пациенты с легкими формами ДЭ часто встречаются в первичных медицинских и общих медицинских учреждениях, в то время как стационарные психиатрические отделения в основном имеют дело с пациентами, у которых депрессия выражена более тяжело.

Дифференциация между легкой, умеренной и тяжелой степенью основывается на клинической оценке, которая включает число, тип и тяжесть присутствующих симптомов (см. Таблицу 1).

Таблица 1

Степени тяжести ДЭ (F32)

Степень тяжести ДЭ	Основные симптомы	Дополнительные симптомы
Легкая	2 или 3	2 и более
Средняя	2 или 3	3 и более
Тяжелая: • без психотических симптомов • с психотическими симптомами	3 бред, галлюцинации, депрессивный ступор	4 и более

У пациентов с признаками тяжелого ДЭ длительность симптомов не имеет столь принципиального значения, как при легкой и среднетяжелой депрессии. Тяжелые депрессивные симптомы могут длиться значительно меньше 2 недель и тем не менее устанавливается диагноз ДЭ.

Полнота обычной социальной и трудовой деятельности зачастую может помочь в определении тяжести ДЭ.

Пациент с легким ДЭ будет иметь некоторые трудности в выполнении обычной работы и социальной деятельности, но не прекратит полностью функционирование.

При умеренном ДЭ пациент испытывает существенные затруднения в выполнении как производственных обязанностей, так и в ведении домашних дел.

Во время тяжелого ДЭ пациент полностью или почти полностью теряет способность не только выполнять свою работу, но и простые домашние обязанности, за исключением крайне ограниченного круга действий.

Оценка степени тяжести ДЭ по диагностическим шкалам. Для оценки используются следующие диагностические шкалы: Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (Приложение 1), шкала депрессии Бека (BDI) (Приложение 2), шкала Гамильтона для оценки депрессии (HAM-D-17) (Приложение 3) и другие.

Необходимо помнить, что для пациентов с депрессией случаи, когда правильная оценка на основании интервью затруднена, крайне редки, особенно если речь идет об умеренном и тяжелом ДЭ.

Следует отметить некоторые **особенности применения тестирования по оценке ДЭ в амбулаторной практике ВОП:**

- Чаще всего диагноз ДЭ и оценка степени тяжести проводится на основании более детального расспроса пациента и в проведении тестирования нет необходимости.
- Наиболее простой, требующей меньше времени на заполнение, является Госпитальная шкала тревоги и депрессии, которая и была разработана для общей врачебной практики.
- Провести пациенту тестирование можно во время амбулаторного приема, предложив ему заполнить анкету в коридоре или в другом помещении, пока ВОП будет принимать следующего пациента.
- Можно предложить пациенту провести тестирование дома и принести результаты на следующий ближайший прием. Этот способ возможен в том случае, если позволяет состояние пациента отсрочить начало лечения.

Тактика ВОП при ведении пациентов с разной степенью тяжести ДЭ:

- Пациенты с легким ДЭ лечатся амбулаторно, под наблюдением ВОП.
- Пациенты с ДЭ средней тяжести могут лечиться амбулаторно под наблюдением ВОП при эффективности проводимой терапии, положительной динамике состояния. В противном случае необходимо направить пациента к врачу-психиатру-наркологу или на госпитализацию.

- Пациенты с ДЭ тяжелой степени (с психотическими симптомами или без) немедленно направляются на госпитализацию, в т.ч. принудительно.

Особое внимание ВОП следует обратить на суицидальный риск пациентов с ДЭ, который оказывает существенное влияние на состояние пациентов, выбор лечения и тактику ведения пациентов.

4. СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК ПРИ ДЕПРЕССИИ, ОЦЕНКА, ТАКТИКА ВОП

Многочисленные исследования подтверждают, что расстройства настроения, прежде всего, депрессия, ассоциирована с суицидальным риском. По современным представлениям, депрессия находится на первом месте среди причин суицидального поведения. Около 60% лиц, совершивших суицидальные попытки, имели разную степень выраженности депрессивной симптоматики.

Риск суицида у пациентов, страдающих депрессией, высок – 8-30%. Частота суицидов среди пациентов с ДЭ в среднем, в 21,2 раза выше, чем в среднем в популяции. Долговременный риск самоубийства среди пациентов с ДЭ, выявленный в результате длительных (более 10 лет) катамнестических исследований, составляет 6-15%.

Среди депрессивных симптомов именно безнадежность, вина являются наиболее значимыми фактором риска самоубийства у пациентов с ДЭ. Следует отметить, что суицидальность у пациентов с ДЭ может повыситься в результате влияния дополнительных факторов, а особенно, при их сочетании.

Факторы, которые могут повышать риск суицида у пациентов с ДЭ:

- **Пол.** Уровень суицидов у мужчин в 3–6 раз выше, чем у женщин. Уровень суицидальных попыток несколько выше среди женщин.

- **Возраст.** Уровень суицидов в популяции достигает максимума в возрасте 20–29 лет и после 45 лет.

- **Семейное положение:** не состоящие в браке, разведенные, вдовы, бездетные, проживающие в одиночестве, семейные конфликты, отвержение значимым человеком, разрыв с партнером.

- **Профессиональный статус:** нарушение профессионального стереотипа (потеря работы, выход на пенсию, статус безработного), ситуации обвинения.

- **Религия.** Уровни суицидов выше среди атеистов по сравнению с верующими.

- **Психические расстройства:** паническое расстройство, расстройства личности, зависимость от ПАВ, шизофрения и другие психозы существенно повышают риск суицида у пациентов с ДЭ.

- **Соматическая патология:** хронические заболевания, сопровождающиеся тяжелыми страданиями пациента, хронический болевой синдром. Наибольший риск суицида связан со следующими заболеваниями: эпилепсия; онкологическая патология; заболевания органов кроветворения; сердечно-сосудистые заболевания; заболевания органов дыхания (астма, туберкулез); врожденные и приобретенные уродства; потеря физиологических функций; состояния после тяжелых операций и трансплантации донорских органов и тканей; искусственная почка.

- **Суицидальные попытки в анамнезе** - один из наиболее значимых факторов риска суицида.

- **Другие анамнестические факторы риска:** суицидальное поведение биологических родственников, «значимых других», психическая патология у близких родственников, смерть близких родственников.

- **Индивидуально-психологические факторы риска суицида:** эмоциональная неустойчивость (в пубертатный, инволюционный периоды), импульсивность, эмоциональная зависимость, заниженная или завышенная самооценка, максимализм и категоричность, сильное желание достижения целей, тревожность и гипертрофированное чувство вины.

Порой риск суицида у больных тяжелой депрессией увеличивается, когда состояние пациента начинает улучшаться. Пациент попадает в ситуацию, когда заторможенность уменьшается, появляются силы, но чувство безысходности, невозможности справиться с ситуацией еще остаются. Это может способствовать совершению суицидальных действий.

Суицидальный риск у пациентов, которые были госпитализированы по поводу расстройств настроения, высок сразу после выписки из стационара, особенно в случае короткого стационарного курса лечения. ВОП должен быть внимательным в отношении возможного риска суицидов у таких пациентов.

По данным исследований, пациенты с расстройствами настроения, совершившие суицидальную попытку, в последние недели или месяцы жизни обращались за медицинской помощью. Более 2/3 из них посетили не врача-психиатра-нарколога или психотерапевта, а врача общесоматического профиля. ВОП являлись первыми и часто единственными специалистами, к

которым шли такие пациенты. Вероятнее всего, суицидальные мотивы пациентами не озвучивались напрямую, поэтому риск суицидов у них не выявлялся. Поэтому таким пациентам не предлагалась психиатрическая помощь, что способствовало реализации суицидальных намерений.

Оценка суицидального риска. Основным «инструментом» оценки суицидального риска является клиническое интервью с пациентом, наблюдение за ним, информация, полученная от третьих лиц и из медицинской документации.

В диагностике суицидального риска особое значение имеют следующие компоненты:

- Беседа с пациентом.
- Оценка суицидального риска с помощью тестов.

Беседа с пациентом для оценки суицидального риска. Следует отметить, что вопросы о суицидальности не провоцируют человека на совершение подобных действий. Наоборот, часто подобный разговор с доктором уменьшает беспокойство человека, связанное с намерениями или попытками суицида, и помогает человеку почувствовать, что его понимают.

Необходимым условием проведения такой беседы ВОП является создание доверительных отношений, отсутствие морализаторства, обеспечение конфиденциальности. самоповреждении.

Возможна следующая последовательность задаваемых вопросов:

- Бывает ли так, что хочется заснуть и не проснуться?
- Считаете ли Вы, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать?
- Появляются ли мысли, что Вы только обуза для близких, а Ваша смерть принесет им облегчение?
- Вы чувствуете желание покончить с собой?

Если пациент утвердительно отвечает на последние вопросы, необходимо уточнить следующее:

- Как часто появляются мысли о самоубийстве/самоповреждении?
- Есть ли у Вас определенный план самоубийства (время, место, обстоятельства, способ)?
- Чувствует ли Вы способность противостоять этим мыслям?
- Что может помочь противостоять этим идеям (семья, дети, работа, друзья, оказание медицинской и психологической помощи и др.)?

Состояние высокого суицидального риска характеризуется следующими особенностями:

- Устойчивые фантазии о смерти, невербальные «знаки», мысли, прямые или косвенные высказывания о самоповреждении или самоубийстве.
- Проявления чувства вины /тяжелого стыда /обиды /сильного страха.

- Высокий уровень безнадежности в высказываниях.
- Заметная импульсивность в поведении.
- Факт недавнего/текущего кризиса/утраты.
- Эмоционально-когнитивная фиксация на кризисной ситуации.
- Выраженное физическое или психическое страдание (болевого синдром, «душевная боль»).
- Отсутствие социально-психологической поддержки.
- Нежелание пациента принимать помощь/недоступность терапевтическим интервенциям /сожаления о том, что «остался жив».
- Доминирование негативных чувств врача, нарушающих процесс коммуникации: тревога, неприязнь, бессилие и безнадежность, идеализация или обесценивание пациента.

Оценка суицидального риска с помощью тестов. Оценить риск суицида можно также по тестам, шкалам. Наиболее адаптированной для деятельности ВОП является Шкала оценки риска суицида (Приложение 4).

От степени суицидального риска зависит тактика ВОП, которая описана в Приложении 4. Помимо этого ВОП дает рекомендации самому пациенту, родственникам или ухаживающим за ним лицам (Приложение 7).

Тактика ВОП при разном суицидальном риске у пациента (Приложение 4):

- Низкий риск суицида: амбулаторное наблюдение. Советы пациенту, членам его семьи (Приложение 7),

- Средний риск суицида: амбулаторное наблюдение с частыми встречами (1-3 раза в неделю), дневной стационар, рассмотреть возможность госпитализации. Консультация врача-психиатра-нарколога. Советы пациенту, членам его семьи (Приложение 7),

- Высокий риск суицида: рекомендовать госпитализацию, если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении (психиатрическая и социальная службы, родственники). Консультация врача-психиатра-нарколога. Советы пациенту, членам его семьи (Приложение 7),

- Очень высокий риск суицида: госпитализация, в т. ч. принудительная.

Алгоритм оценки риска суицида у пациентов с ДЭ и тактика ВОП представлены в виде схемы в Приложении 6.

В случае отказа пациента от психиатрического освидетельствования оно может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда есть основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя и (или) окружающих. Решение о

проведении психиатрического освидетельствования в данном случае принимается врачом-психиатром.

К сожалению, до настоящего времени среди врачей общемедицинской сети распространено мнение, что диагностика и предотвращение суицидов относятся исключительно к компетенции психиатров и психотерапевтов.

Своевременное выявление и адекватное лечение ДЭ значительно снижает смертность от суицидов. На этапе первичной медицинской помощи возможности профилактики суицидального поведения использованы недостаточно из-за плохой выявляемости ДЭ.

5. ПРИЧИНЫ НИЗКОЙ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ДЕПРЕССИИ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Не смотря на широкую распространенность депрессии, коморбидность с соматическими заболеваниями, возможность суицидального риска, выявляемость ее ВОП низка. Этому есть ряд причин, которые касаются как ВОП, организации их работы, так и самих пациентов.

Среди основных причин низкой выявляемости ДЭ можно выделить следующие:

- Стигматизация пациентов в отношении психических расстройств, страх перед возможными социальными последствиями выставленного психиатрического диагноза.
- Отсутствие у пациента доверия к доктору, страх перед потерей конфиденциальности.
- Недостаточная информированность населения о возможных психических расстройствах, о том, что болеть ими не стыдно, об их курабельности, о том, на какие симптомы надо обращать внимание и говорить о них врачу.
- Сформировавшиеся стереотипы о том, что врачу общей практики можно рассказывать только о соматических симптомах.
- Отсутствие у ВОП достаточной для своей деятельности подготовки по психиатрии и психиатрической настороженности.
- Не желание ВОП сталкиваться с проблемой психических расстройств у своих пациентов из-за собственной стигматизации или отсутствия доступной психотерапевтической или психиатрической помощи, куда легко можно было бы направить пациента на консультацию. Часто пациенты отказываются идти на прием к специалистам психического здоровья.

- Трудности в диагностике соматизированной депрессии, когда ДЭ «скрывается» за соматическими симптомами, которые сильнее всего беспокоят пациентов. Это могут быть головные или любые другие боли, головокружения, зуд, перепады давления, раздражительность, плаксивость, т.д. Чем более соматизирована депрессия, тем сложнее ее выявить.

- Коморбидность соматических и психических расстройств, когда симптомы психического неблагополучия и пациент, и врач ошибочно принимают за естественную реакцию на болезнь.

Для того, чтобы повысить выявляемость психических расстройств, в частности ДЭ, в общей медицинской сети, необходимо:

- Улучшить подготовку ВОП по вопросам психиатрии.
- Усовершенствовать систему специализированной психиатрической помощи в сторону большей доступности и «безопасности» с точки зрения пациента.

- Повысить информированность населения о психических расстройствах с акцентом на снижении стигматизации психиатрии.

6. СИГНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИИ ВОП

Учитывая перечисленные сложности в диагностике ДЭ, ниже будут приведены те симптомы и клинические ситуации, при которых ВОП может подумать о наличии у пациента ДЭ и задать дополнительные вопросы о подтверждении/исключении ДЭ.

Среди **сигнальных симптомов ДЭ** могут быть следующие:

- Печаль, подавленное настроение, тоска;
- Вялость;
- Уменьшение/отсутствие удовольствия от деятельности, ранее доставлявшей удовольствие;
- Слабый зрительный контакт или его отсутствие;
- Монотонная речь, медленная моторика;
- Нервозность, беспокойство;
- Бессонница;
- Потеря веса, особенно у пожилых людей;
- Жалобы после родов: слабость, жалобы на ребенка, который много плачет, много вопросов по поводу ухода за ребенком.

ВОП должен быть насторожен в отношении возможной депрессии не

только при наличии ее классических диагностических признаков, но и в следующих **клинических ситуациях, которые можно назвать сигнальными для ДЭ:**

- Частые консультации, при которых выявляются функциональные расстройства, без органической причины.

- Частые просьбы пациента выписать снотворные, седативные препараты.

- Плохо поддающиеся лечению соматические заболевания. Например, трудности в достижении целевых показателей давления при адекватной терапии артериальной гипертензии.

- Особенности в течении и лечении заболевания. Например, подъемы давления в определенное время суток, в определенном месте, психогенно обусловленные кризы, самопроизвольное снижение давления, эффективность седатиков при высоком давлении.

- Полиморфизм клинической симптоматики, когда симптомы затрагивают несколько органов или систем органов, могут изменяться, проходить и появляться вновь.

- Плохо поддающиеся лечению отдельные симптомы и синдромы (инсомния, боли, астения, снижение веса, др.).

- Наличие различных эмоциональных и/или поведенческих особенностей (агрессивность, ипохондричность, конфликтность, др.).

При наличии перечисленных выше симптомов и ситуаций ВОП должен провести диагностический поиск возможного ДЭ.

7. ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИИ ВОП

Диагностика ДЭ проводится в следующей последовательности:

1) Сбор жалоб.

В клинической картине депрессивных расстройств выделяют аффективные, психомоторные, когнитивные, психовегетативные и соматические нарушения. При этом **ядерными симптомами депрессии** являются подавленное настроение, ангедония, потеря активности и энергии.

Поскольку многие пациенты с депрессивными расстройствами изначально не предъявляют жалоб на данные симптомы, целенаправленный расспрос крайне важен.

ВОП может задать пациенту вопросы на предмет:

- Плохого настроения, подавленности;
- Потери интереса, получение меньшего удовольствия от вещей, которые раньше нравились пациенту.

Если на оба вопроса пациент отвечает отрицательно, депрессивные симптомы и расстройства исключаются.

Если пациент отвечает хотя бы на 1 вопрос утвердительно, необходимо более детально изучить жалобы пациента.

2) Более детальное исследование жалоб пациента при подозрении на ДЭ.

Для того, чтобы проверить, все ли аспекты жалоб учтены, можно использовать аббревиатуру **SCEGS**.

S – соматический аспект. Уточнить:

- Есть ли у пациента соматические заболевания, травмы, инфекционные заболевания головного мозга, предшествовавшие развитию депрессивных симптомов;

- Принимает ли пациент препараты, которые могут вызвать симптомы депрессии (глава 2), употреблял ли психоактивные вещества (ПАВ) непосредственно перед началом ДЭ;

C- когнитивный аспект. Уточнить:

- По мнению пациента, что является причиной его состояния.

E- эмоциональный аспект. Уточнить:

- Были ли в анамнезе маниакальные, гипоманиакальные эпизоды.
- Какие чувства пациент испытывает по поводу своего состояния – печаль, гнев, вину, стыд, бессилие.

G- поведенческий аспект. Уточнить:

- Как пациент справляется с ситуацией: пассивно или активно.

S- социальный аспект. Уточнить:

- Какую поддержку пациент получает из своего окружения.

Учитывая ограниченные временные рамки приема пациентов у ВОП, детализация жалоб должна проходить в виде очень кратких и конкретных вопросов. Тем более, что медицинская информация, касающаяся S-аспекта, как правило, ВОП известна.

3) Дифференциальная диагностика депрессивных симптомов и депрессивных расстройств.

В общей врачебной практике дифференциальная диагностика депрессивных симптомов чаще проводится со следующими состояниями и заболеваниями.

- **Непатологическое снижение настроения у психически здорового человека (грусть, печаль, подавленность).** При этом часто бывает понятна причина такого состояния. Симптомы длятся непродолжительное время, не укладываются в критерии депрессивного эпизода (F32) (глава 4). Человек сохраняет способность выполнять свои социальные функции. В таких случаях требуется не психиатрическая, а психологическая помощь.

- **Ятрогенные симптомы депрессии,** вызванные приемом определенных лекарственных препаратов: бета-блокаторов, других гипотензивных препаратов, антигистаминных и противоопухолевых препаратов, кортикостероидов, пероральных гормональных контрацептивов, некоторых антипсихотиков (хлорпромазин). В этих случаях необходимо пересмотреть проводимую фармакотерапию. При невозможности отменить, заменить или уменьшить дозировки препаратов, вызывающих симптомы депрессии, ДЭ лечится как психическое расстройство.

- **Депрессия, вызванная злоупотреблением алкоголем, психостимуляторов, других ПАВ.** В данном случае тактика ВОП будет направлена, прежде всего, на решение проблем употребления пациентом ПАВ.

- **Рекуррентное депрессивное расстройство (F33)** – повторяющиеся ДЭ, соответствующих критериям F32. ВОП должен иметь в виду, что таким пациентам требуется более длительное лечение ДЭ с большими дозировками препаратов (антидепрессантов). Проконсультировать пациента у врача-психиатра-нарколога.

- **Биполярное аффективное расстройство (F31)** - если выясняется, что у пациента в прошлом возникали маниакальные эпизоды (неадекватно приподнятое настроение, повышенная энергичность, двигательная активность, ускоренная речь, т.п.). Необходимо направить пациента на консультацию к врачу-психиатру-наркологу.

- **Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2)** – расстройство, когда в клинической картине примерно в одинаковой пропорции присутствуют как симптомы тревоги, так и симптомы депрессии, но при этом ни те, ни другие не выражены настолько, чтобы поставить диагноз другого тревожного расстройства или ДЭ (F32). Тактика ВОП такая же, как и при ДЭ (F32).

- **Послеродовая депрессия (F53)** – ДЭ, соответствующий критериям F32, который возник в течение 6 недель после родов. Тактика ВОП такая же, как и при ДЭ (F32).

- **Органические расстройства настроения (F06.3)** – ДЭ, возникший вследствие церебрального или физического расстройства. Тактика ВОП такая же, как и при ДЭ (F32) с обязательным обследованием и лечением коморбидного заболевания, приведшего к ДЭ.

- **Острые психотические расстройства** - если у пациента наряду с симптомами депрессии наблюдается расстройство в виде бреда (странные, необоснованные, не поддающиеся коррекции убеждения, высказывания, например, о слежке, воздействии, чтении мыслей, т.д.), галлюцинаций, ступора. Бред чаще следующего содержания: греховности, обнищания, грозящих несчастий, за которые несет ответственность больной. Галлюцинации чаще слуховые и обонятельные. Слуховые галлюцинации - как правило, «голоса» обвиняющего и оскорбляющего характера, обонятельные галлюцинации - запахи гниющего мяса или грязи. Тяжелая двигательная заторможенность может развиваться в ступор. Пациента с проявлениями острого психотического расстройства необходимо как можно быстрее направить на консультацию к врачу-психиатру-наркологу или в стационар.

- **Депрессивные симптомы, как проявление клинической картины соматического заболевания (гипотиреоз, болезнь Паркинсона, климактерический синдром, др.)** – провести диагностику и лечение соматического заболевания.

4) Подтверждение соответствия имеющейся у пациента симптоматики критериям ДЭ (глава 3).

8. ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Следует отметить, что депрессия сегодня – ода из наиболее курабельных форм психической патологии и эффективно излечивается в 70-75% случаев.

Среди методов лечения ДЭ с доказанной эффективностью выделяют следующие: применение антидепрессантов, психотерапия, электросудорожная терапия, фототерапия, депривация сна.

В общей врачебной практике основными методами лечения ДЭ являются применение антидепрессантов и психотерапия.

Лечение пациентов с депрессивными симптомами и ДЭ включает следующие компоненты:

1) Депрессивные симптомы:

- Психообразовательная работа с пациентом и его семьей (Приложение 5).

- Психотерапия (направление к врачу-психотерапевту).
- Условия лечения: амбулаторное.

2) ДЭ легкой степени тяжести:

- Психообразовательная работа с пациентом и его семьей (Приложение 5).

- Психотерапия - может быть единственным методом лечения (направление к врачу-психотерапевту).

- Возможна медикаментозная терапия (антидепрессанты).

- Консультация психотерапевта, психиатра-нарколога.

- Условия лечения: амбулаторное, возможен дневной стационар.

3) ДЭ средней степени тяжести:

- Психообразовательная работа с пациентом и его семьей (Приложение 5).

- Медикаментозная терапия.

- Психотерапия (направление к врачу-психотерапевту).

- Консультация психотерапевта, психиатра-нарколога.

- Условия лечения: амбулаторное, дневной стационар, стационар (при отсутствии социальной и семейной поддержки у лиц, проживающих в одиночестве).

4) ДЭ тяжелой степени тяжести:

- Условия лечения: госпитализация пациента.

9. АНТИДЕПРЕССАНТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Основным медикаментозным методом лечения ДЭ являются антидепрессанты (АД). АД являются препаратами выбора при лечении умеренного и тяжелого ДЭ, но они не всегда обязательны в случае легкого ДЭ.

АД являются безопасным классом психотропных лекарственных препаратов при правильном их применении согласно рекомендации врача. АД не вызывают привыкания и развития синдрома отмены.

Классификация АД. В настоящее время существуют АД различных химических групп, среди которых для применения в общей врачебной практике рекомендованы следующие:

- Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) сертралин, пароксетин, эсциталопрам, циталопрам, флувоксамин, флуоксетин;

- Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСиН): венлафаксин, дулоксетин;
- Гетероциклические АД (ГЦА): миансерин, мапротилин.
- Трициклические АД (ТЦА): амитриптилин, тианептин, кломипрамин.
- Норадренергический и специфический серотонинергический АД (НаССА): миртазапин.
- Мелатонинергический АД (МАССА): агомелатин.
- Мультимодалный АД: вортиоксетин.

Среди перечисленных классов АД препаратами выбора для общей врачебной практики являются СИОЗС, которые обладают хорошими показателями переносимости, минимальными побочными действиями, хорошим межлекарственным взаимодействием с препаратами других групп, низкой токсичностью, высокой безопасностью при передозировке.

Тактика назначения АД. При выборе АД нужно руководствоваться приведенными ниже правилами.

1) Назначать АД, от которого в анамнезе у пациента был положительный эффект в лечении аналогичного состояния.

2) Учитывать механизм действия АД:

- При наличии у пациента заторможенности, вялости, апатии – АД стимулирующего действия - СИОЗС (флуоксетин, циталопрам).

- При наличии у пациента тревоги, ажитации (выраженное двигательное возбуждение, волнение с тревогой и страхом) – назначать АД седативного действия: СИОЗС (флувоксамин), ТЦА (амитриптилин, тианептин), ГЦА (миансерин), НаССА (миртазапин). Здесь также могут применяться АД сбалансированного действия, обладающие противотревожным эффектом.

- При наличии у пациента как тревоги, так и заторможенности или их чередования – АД сбалансированного действия - СИОЗС (пароксетин, сертралин, эсциталопрам), (СИОЗСиН): венлафаксин, дулоксетин, ТЦА (кломипрамин), ГЦА (мапротилин), (МАССА): агомелатин.

3) Учитывать побочные эффекты АД. АД могут вызывать определенные побочные эффекты, которые в ряде случаев снижают переносимость пациентами этих препаратов, а также определяют противопоказания для их применения. Побочные эффекты определяются химической структурой АД, его механизмом действия и являются общими, с несколько разной степенью выраженности, для препаратов, входящих в каждый класс АД.

Основные побочные эффекты АД из групп ТЦА и ГЦА связаны с антихолинергическим (холинолитическим) и антигистаминным действием препаратов данных групп, среди которых выделяют следующие: сухость во рту, запоры, задержка мочи, спутанность сознания у пожилых, тошнота, увеличение веса, сексуальная дисфункция.

Основными противопоказаниями к приему АД из групп ТЦА (амитриптилин, тианептин, кломипрамин) и ГЦА (миансерин, мапротилин) являются: острый и восстановительный период перенесенного инфаркта миокарда, декомпенсированные пороки сердца, нарушения проводимости сердечной мышцы, гипертоническая болезнь 3 степени, заболевания крови, закрытоугольная глаукома, пилоростеноз, паралитическая непроходимость кишечника, гипертрофия предстательной железы, атония мочевого пузыря.

Таким образом, применение АД из групп ТЦА и ГЦА ограничено у лиц пожилого возраста, а также у пациентов с рядом соматических заболеваний, прежде всего, сердечно-сосудистых.

Для некоторых молодых пациентов с ДЭ такие побочные эффекты, как увеличение веса и сексуальная дисфункция, являются значимыми и неприемлемыми, что является основанием для отмены данных препаратов.

Побочные эффекты АД из групп СИОЗС. Наиболее частыми побочными эффектами СИОЗС являются следующие:

- Психоэмоциональные побочные эффекты - обострение тревоги, агитация, раздражительность, агрессивность, нарушения сна. Чаще данные побочные эффекты возникают в первые 7-10 дней от начала приема СИОЗС.
- Гастроэнтерологические побочные эффекты - тошнота, рвота, диарея, запор, боли в животе, снижение аппетита.
- Другие часто встречающиеся побочные эффекты: сексуальная дисфункция, головная боль, головокружение, физическая слабость, повышенная утомляемость, тремор, потливость.

При усилении тревоги в начале лечения АД можно назначить препараты с противотревожным действием: небензодиазепиновые транквилизаторы (тофизопам, мебикар, этифоксин, др.), бензодиазепины (не более, чем на 3-4 недели), антипсихотики (хлорпротиксен, др.)

Одним из способов профилактики побочных эффектов от СИОЗС является постепенное наращивание дозы АД.

4) Индивидуальный подбор доз АД. Учитывая, что ВОП занимается лечением легких и среднетяжелых ДЭ, используемые дозы АД должны быть минимальными, на которых достигается терапевтический эффект.

Рекомендуемые среднетерапевтические дозы АД для применения в

общей врачебной практике приведены в Приложении 8.

Лечение АД следует начинать с минимальной дозы, повышать дозу постепенно, достигая средней терапевтической на 2-3-й неделе приема.

5) Лечение АД проводится в виде монотерапии, то есть не допускается одновременное использование двух лекарственных средств этой группы у одного пациента.

При наличии стойких расстройств сна на непродолжительное время к лечению может быть добавлено снотворное средство (например, доксиламин, зопиклон, золпидем), при сохранении выраженной тревоги и ажитации – анксиолитическое средство из группы бензодиазепинов (алпразолам либо лоразепам) или антипсихотик с седативным действием (хлорпротиксен), однако без явной необходимости делать этого не следует.

6) Учитывать совместимость АД с другими лекарственными препаратами.

АД метаболизируются в печени с помощью системы цитохрома Р-450, которая ответственна также за метаболизм большинства лекарственных средств. Поэтому для эффективного применения АД совместно и другими препаратами необходимо учитывать их возможное взаимодействие.

Результаты межлекарственного взаимодействия АД с другими препаратами приведены в Приложении 9.

Основное внимание ВОП должен обращать на совместное назначение СИОЗС с варфарином, б-блокаторами. СИОЗС усиливают действие этих препаратов (особенно флувоксамин, флуоксетин), что может привести к риску кровотечений и снижению ЧСС больше положенной. Возможно, понадобится корректировка дозы сердечно-сосудистых препаратов в сторону снижения.

ТЦА и ГЦА усиливают действие варфарина, б-блокаторов, а также сердечных гликозидов и антиаритмических препаратов. Помимо этого, ТЦА и ГЦА могут снизить эффективность гипотензивных препаратов и оральных контрацептивов.

Все АД снижают свою активность по влиянием веществ, ускоряющих метаболизм АД (противоэпилептических средств, барбитуратов в форме валокордина и подобных ему безрецептурных лекарственных средств, алкоголя либо пищеварительных ферментов).

7) Учитывать возраст пациента. Если пациент молодого и среднего возраста и соматически здоров, выбор антидепрессантов максимально широк. У лиц старше 60 лет выбор АД ограничен, прежде всего, это относится к ТЦА, ГЦА. Им в основном назначают АД из группы СИОЗС.

8) Учитывать сопутствующие заболевания. Если у пациента обнаружены соматические заболевания (особенно важны аденома простаты, ишемическая болезнь сердца и нарушения сердечного ритма, гипертоническая болезнь, сахарный диабет), следует использовать АД из групп СИОЗС, СИОЗСН. Лучшим профилем безопасности и межлекарственного взаимодействия при ССЗ из СИОЗС являются сертралин и эсциалопрам.

9) Назначение АД особым группам населения.

- **Подростки в возрасте 12 лет и старше.** Если симптомы сохраняются или ухудшаются, несмотря на психосоциальные вмешательства, рассмотрите возможность назначения флуоксетина (СИОЗС) или АД из группы ТЦА. При назначении флуоксетина попросите подростка приходить на прием еженедельно в течение первых 4 недель для контроля на предмет суицидальных мыслей или планов. Направьте на консультацию к врачу-психиатру-наркологу.

- **Беременные и кормящие грудью женщины.** При невозможности избежать назначения АД, используйте препараты из группы СИОЗС (прежде всего, сертралин и флувоксамин). Старайтесь избегать назначения АД особенно в первый триместр беременности. Желательно отменить АД за несколько недель до родов. Направьте на консультацию к врачу-психиатру-наркологу.

10) Учитывать отсроченный антидепрессивный эффект. Антидепрессивный эффект препаратов наступает через 2-4 недели от начала приема АД. Более быстрое антидепрессивное действие (к концу 1 недели лечения) наступает у АД двойного действия: венлафаксина и миртазапина.

На первой неделе приема АД проявляется их седативный (стимулирующий) эффекты.

11) Особенности лечения при суицидальном риске. Если ВОП выявил у пациента низкий или умеренный риск суицида, он может продолжать лечить пациента амбулаторно, в т.ч. в дневном стационаре. При этом следует помнить, что эффект АД является отсроченным, поэтому они не обладают непосредственным (экстренным) «антисуицидальным» действием. В случае тревоги, агитации, возбуждения пациенту нужно назначить бензодиазепиновые транквилизаторы (диазепам, лоразепам) внутрь или парентерально.

Назначая психотропные препараты пациенту с депрессией и суицидальным риском, важно помнить, что одним из самых частых способов суицидальных действий является передозировка этих средств. В связи с этим

необходимо назначать препараты в небольшом количестве и рекомендовать родственникам необходимость контроля над их хранением и приемом.

Также желательно избегать назначения препаратов, с передозировкой которых связан риск летального исхода (например, ТЦА: амитриптилин, и др.). Большинство антидепрессантов группы СИОЗС обладает низким индексом фатальной токсичности и поэтому более безопасны.

12) Проводить оценку эффективности терапии АД через 3-4 недели от начала лечения. Оценка эффективности может проводиться по оценочным шкалам (Госпитальная шкала тревоги и депрессии) или по субъективной оценке динамики симптомов пациентом.

Если изначальная тяжесть симптоматики уменьшилась более, чем на 50% - пациент реагирует на препарат. Продолжать лечение в тех же дозах.

Если изначальная тяжесть симптоматики уменьшилась на 25% - 50% - реакция на препарат частичная. В этом случае через 4 недели от начала лечения увеличить дозу препарата (для СИОЗС дозу препарата увеличивать в 2 раза – добавить еще 1 таблетку) или перейти на другой АД.

Если изначальная тяжесть симптоматики уменьшилась меньше, чем на 25% - реакция на препарат отсутствует.

13) Действия при отсутствии результата от применения АД. Терапию считают неэффективной, если не наступает отчетливого улучшения через 4-6 недель приема установленной дозы антидепрессанта.

Самой частой причиной отсутствия эффекта является нарушение пациентом плана лечения (нон-комплаенс), часто связанное либо с побочными эффектами АД, либо пессимистическим взглядом пациента на возможность излечения. В связи с этим необходимо усилить контроль за приемом лекарства и постоянно обсуждать план лечения с пациентом.

Еще одной причиной неэффективности АД может стать нарушение его метаболизма в связи с поражением печени (гепатит), либо в связи с одновременным приемом пациентом лекарственных средств или веществ, ускоряющих метаболизм АД (антиконвульсанты, барбитураты, алкоголь, пищеварительные ферменты). Низкая эффективность антидепрессанта может быть обусловлена также тяжелым курением.

Если результат все же не достигнут, то следует заменить АД:

- на препарат из той же группы АД: например, СИОЗС можно заменить на другой СИОЗС;
- предпочтительнее перейти на АД из другого класса или с другим механизмом действия: например, СИОЗС заменить на СИОЗСН; ГЦА заменить на СИОЗС.

Если три таких последовательных курса, проведенные АД разных групп и/или с разным механизмом действия, не дали эффекта, такой случай считается терапевтически резистентным. Необходимо направить пациента на консультацию к врачу-психиатру-наркологу или в стационар.

14) Соблюдать достаточную длительность терапии. Терапия АД не является симптоматической, т.е. направленной на устранение симптома. Поэтому она не может быть ситуационной, короткой по времени, прерывистой. АД - это препараты, влияющие на патогенетические механизмы развития тревоги и депрессии. Этим определяется необходимость длительного применения АД.

Традиционно лечение АД подразделяется на следующие этапы:

Первый этап - купирующее лечение - подбор АД и дозы, устранение самых тяжелых проявлений заболевания (6-12 недель).

Второй этап – стабилизирующее лечение – обеспечение стабилизации состояния, предотвращение ранних рецидивов (3-9 месяцев). Стабилизирующее лечение проводится теми же дозами АД, что и купирующее до полного подавления всех симптомов. Установлено, что сохраняющиеся резидуальные симптомы на данном этапе являются предвестниками последующих ранних рецидивов.

Третий этап – профилактическое (противорецидивное) лечение - начинается со времени установления прочной ремиссии и продолжается не менее 1 года, в некоторых случаях – неопределенно долго. Данный этап терапии необходим не во всех, а лишь в части случаев, где имеют место: большая частота приступов заболевания (один приступ в год и более); невысокое качество ремиссии с сохранением остаточной аффективной симптоматики; если за последние 3 года пациент перенес тяжелый приступ депрессии.

По современным представлениям, основными причинами недостаточной эффективности терапии АД являются:

- недостаточная доза АД;
- недостаточная длительность лечения.

15) Отменять АД постепенно. Рекомендуются следующая схема отмена АД: снижать на 25% от суточной дозы 1 раз в неделю.

Внезапное прекращение лечения может привести к симптомам отмены (возбуждение, нарушение сна, потливость, головные боли, расстройства ЖКТ), которые увеличивают риск рецидива психического расстройства). Данные симптомы отмены описаны для всех АД, но более выражены у СИОЗС.

16) Обсудить частоту посещений врача и установить график визитов. Проведение терапии АД в острой фазе заболеваний требует еженедельного динамического наблюдения за психическим и соматическим состоянием пациента, включая периодическую ревизию диагноза и оценку суицидального риска, мониторинг ответа на терапию и развитие побочных эффектов, а также проверку комплаентности больного и формирование приверженности терапии с использованием различных психообразовательных методик.

Прежде, чем начинать лечение, необходимо объяснить пациенту и его близким особенности планируемого лечения.

Важно, чтобы пациент был мотивирован на лечение и брал на себя ответственность за свое выздоровление. От сформированного комплайенса между доктором и пациентом, от приверженности пациента лечению во многом зависит эффективность терапии.

Часто пациенты ВОП, страдающие депрессией, не настроены на принятие психотропных препаратов. ВОП должен владеть навыками мотивационного консультирования, чтобы в ненавязчивой манере, попытаться убедить пациента в необходимости лечения.

Крайне важно добиться договоренности с пациентом о строгом соблюдении назначенной ему схемы терапии. При этом **необходимо сообщить сообщать пациенту с ДЭ следующую информацию:**

- АД не вызывают привыкания;
- необходим регулярный прием АД, как предписано врачом;
- есть вероятность возникновения некоторых побочных эффектов в первые 7-10 дней приема АД;
- в случае возникновения любого дискомфорта, связанного с приемом АД, необходимо сообщить об этом врачу, так как это является основанием для коррекции дозы или смены препарата;
- эффект от АД (улучшение настроения, повышение интереса к жизни, прилив энергии) наступает через несколько недель от начала приема АД;
- необходим длительный прием АД для стойкого эффекта и профилактики рецидивов ДЭ;
- обсудить возможное влияние АД на работу, вождение автомобиля, взаимодействие с алкоголем и другими препаратами;
- предупредить о том, не следует самостоятельно прерывать лечение.

10. ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИИ

В качестве немедикаментозного метода лечения ДЭ применяется психотерапия.

ВОП не проводит сеансы психотерапии. Но он должен владеть информацией об эффективности данного метода лечения, чтобы своевременно направить пациента к врачу-психотерапевту и мотивировать его на посещение специалиста.

Психотерапия является доказанным методом лечения депрессивных симптомов и депрессивных расстройств. Эффективность психотерапии в ряде случаев сопоставима, а в долгосрочной перспективе (для профилактики рецидивов) выше, чем у АД.

Роль психотерапии в лечении депрессивных симптомов и депрессивных расстройств различна:

- При депрессивных симптомах и ДЭ легкой степени психотерапия может быть единственным методом лечения.
- При ДЭ умеренной степени тяжести психотерапия проводится вместе с курсом лечения АД.
- При ДЭ тяжелой степени, а также при органических депрессиях на первый план выступает медикаментозная терапия. Психотерапия подключается тогда, когда ослабеют тяжелые проявления депрессии.

Психотерапия включает много разных направлений: психодинамическая, когнитивная, бихевиоральная, рационально-эмотивная, клиент-центрированная, телесно-ориентированная, психоаналитическая, экзистенциальная, гештальт-терапия, семейная и другие.

В лечении депрессий как наиболее эффективные и научно обоснованные зарекомендовали себя три подхода: ***психодинамическая психотерапия, поведенческая психотерапия и когнитивная психотерапия.***

Цель ***психодинамической терапии*** – осознание внутриличностных конфликтов и помощь в их конструктивном разрешении. Согласно психодинамической теории, психологической основой депрессии являются внутренние бессознательные конфликты. Например, наличие интенсивного гнева, обиды на окружающих в сочетании с потребностью быть всегда добрым, хорошим и сохранять расположение близких. Психодинамическая терапия помогает проанализировать эти конфликты, источники которых лежат в истории жизни пациента, научиться конструктивно выражать свои чувства, сохраняя при этом отношения с людьми.

Поведенческая психотерапия направлена на разрешение текущих проблем пациента и коррекцию его деструктивного поведения: пассивность, отказ от удовольствий, монотонный образ жизни, изоляцию от окружающих, невозможность планирования и вовлечения в целенаправленную активность.

Когнитивная психотерапия направлена на выявление и корректировку иррациональных когнитивных установок, негативного мышления. Изменение такого способа мышления требует тщательной индивидуальной работы, которая направлена на развитие более реалистичного и оптимистичного взгляда на себя, на мир и на будущее.

Выбор метода психотерапии, который подходит для конкретного пациента, и проведение ее осуществляется врачом-психотерапевтом. Курс психотерапии (10-30 сеансов в зависимости от тяжести состояния) значительно снижает риск повторения депрессии. Современные методы психотерапии ориентированы на краткосрочную эффективную помощь.

В отличие от медикаментозного лечения психотерапия предполагает более активную роль пациента в процессе лечения. Психотерапия помогает пациентам развить навыки эмоциональной саморегуляции и в дальнейшем более эффективно справляться с кризисными ситуациями, не погружаясь в депрессию.

Задача ВОП – своевременно порекомендовать пациенту психотерапевтическое лечение и направить его к врачу-психотерапевту.

11. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПЕРССИЕЙ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К ПСИХОТЕРАПЕВТАМ, ПСИХИАТРАМ-НАРКОЛОГАМ И НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ

ВОП может лечить психические расстройства у своих пациентов в тех случаях, когда они не представляют трудности в диагностике, являются легкими или умеренно выраженными, не имеют суицидального риска, имеют положительную динамику терапии.

В целом ряде случаев ВОП не имеет компетенций в диагностике и лечении психических расстройств и должен направить пациента на консультацию к специалистам психического здоровья и на госпитализацию. В некоторых ситуациях направление на госпитализацию должно быть срочным и даже принудительным.

Показания для направления пациентов к психотерапевтам, психиатрам-наркологам:

- Трудности в постановке диагноза ДЭ
- Лечение ДЭ умеренной или тяжелой степени
- Наличие психотических симптомов (бред, галлюцинации)
- Наличие суицидальных тенденций или попыток
- Отсутствие положительной динамики в терапии ДЭ
- Коморбидность с тяжелыми хроническими заболеваниями
- Биполярное аффективное расстройство
- Рекуррентное депрессивное расстройство
- По настоянию самого пациента

Показания для срочной, в т.ч. принудительной госпитализации пациента:

- Тоскливое настроение с упорными суицидальными мыслями; суицидальные попытки в прошлом
 - Выраженное чувство тревоги, безнадежности, отчаяния
 - Ажитация или психомоторная заторможенность (вплоть до ступора)
- Признаки психоза (бред, галлюцинации, дезориентировка в происходящем).

12. ЛИТЕРАТУРА

1. Барышев, А.Н. Диагностика тревожных и депрессивных расстройств в общей врачебной практике : методические рекомендации / А. Н. Барышев., А. А. Кирпиченко. – Витебск, 2020. – 30 с.
2. Волель, Б.А. Алгоритмы диагностики и терапии психических расстройств в общемедицинской практике : учеб. Пособие / Б.А. Волель [и др.]. – Москва , 2020. – 78 с.
3. Волель, Б.А. Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики : клинический протокол / Б.А. Волель [и др.]. - М., 2020. – 78 с.
4. Граница, А.С. Методы диагностики в психиатрии : учеб.-метод. пособие / А.С. Граница. – Казань : Казан. ун-т, 2019. - 37 с.
5. Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство : Клинические рекомендации. - Российское общество психиатров, 2019. – 67 с.
6. Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы : сб. метод. реком. / сост. Н. В. Семенова, под общ. ред. Н. Г. Незнанова. – вып. 2. — СПб. : Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2019. — 464 с.
7. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия в общей медицинской практике : руководство для врачей / Р.А. Евсегнеев. - Мн. : МИА, 2010. – 592 с.
8. Кирпиченко, А. А. Тревожные и депрессивные расстройства в общей врачебной практике: актуальные вопросы и нерешенные проблемы /А. А. Кирпиченко, А. Н. Барышев // Медицинский журнал. - 2021. - № 1. - С.12-20.
9. Клинические рекомендации по оценке и лечению суицидального поведения [Электронный ресурс] / Американская психиатрическая ассоциация // Научный интернет-портал Психиатрия & Нейронауки и Клиники психиатрии «Доктор САН» : Санкт-Петербург. - Режим доступа: <https://psyandneuro.ru/wp-content/uploads/2019/02/KR-po-suicidalnomu-povedeniju.pdf>. - Дата доступа: 07.12.2022.
10. Костюк, Г. П. Проблема диагностики и лечения депрессии врачами первичного звена / Г.П. Костюк [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2019. - № 119(1-2). - С.55-61.
11. Ласый, Е.В. Выявление пациентов с суицидальным риском в общемедицинской практике : учеб.-метод. пособие / Е.В. Ласый, О.И. Паровая. - Мн. : БелМАПО, 2015. – 34 с.

12. Ласый, Е.В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения (для врачей общей практики, терапевтов, педиатров, неврологов и других врачей лечебного профиля) : инструкция по применению, утв. 16 июля. 2009 г., рег. № 076-0709.
13. Попов, В. В. Депрессивные расстройства в общей врачебной практике: учебное пособие / В.В. Попов, М.В. Трохова, И.А. Новикова. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. — 199 с.
14. Предотвращение самоубийств. Глобальный императив [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения, 2014 г. // WHO. - Режим доступа: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/152893/Suicide%20report%20a%20global%20imperative%20\(Rus\).pdf?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/152893/Suicide%20report%20a%20global%20imperative%20(Rus).pdf?sequence=3) - Дата доступа: 12.12.2022.
15. Психиатрия : национальное руководство / Ю.А. Александровский, Н.Г.Незнанов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1008 с.
16. Психические расстройства в терапевтической практике. Рекомендации по диагностике и лечению / под ред. Ф.И.Белялова. - Иркутск, 2017. - 37 с.
17. Психосоматические расстройства в клинической практике / под ред. акад. РАН А.Б. Смулевича. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2019. – 776 с.
18. Руководство mhGAP-IG по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения. Версия 2.0. - Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2018 г.
19. Depression and Other Common Mental Disorders// WHO [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> - Дата доступа: 12.12.2022.
20. Depression. The treatment and management of depression in adult (updated edition). National Clinical Practice Guideline [Электронный ресурс] / National Collaborating Centre for Mental Health. - Режим доступа: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf-4840934509>. - Дата доступа: 07.12.2022.
21. Depression // WHO [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. - Дата доступа: 07.12.2022.
22. Enhancing mental health pre-service training with the mhGAP Intervention Guide: experiences and lessons learned/World Health Organization, 2022.- 23p.

23. Louise, B. Andrew. Depression and Suicide/Louise B Andrew// Medscape [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://emedicine.medscape.com/article/805459-overview>. - Дата доступа: 07.12.2022.
24. Shimada, F. Anxiety and depression in general practice outpatients: the long-term change process / F. Shimada [et al.] // International Journal of General Medicine. – 2018. – Vol. 11. – P. 55–63.
25. Suicide prevention and first aid: A resource for GPs General Practice [Электронный ресурс] / Mental Health Standards Collaboration (GPMHSC). - Режим доступа: <https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Education/GPs/GPMHSC/Suicide-prevention-and-first-aid-a-resource-for-GPs.pdf> - Дата доступа: 12.12.2022.
26. Об оказании психиатрической помощи : от 7 января 2012 г. № 349-З от 11 ноября 2019 года № 255-З : с изм. и доп. от 11 ноября 2019 г. № 255-З // ЭТАЛОН. Законодательство Респ. Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь – Минск, 2022.
27. Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики [Электронный ресурс] : постановление Мин-ва здравоохранения Респ. Беларусь, от 2 марта 2020 г., № 13. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/CProtokol/%D0%9A%D0%9F%20%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0%20%D0%B8%20%D0%BB%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D0%BF%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%B2%20%D1%81%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8%20%D0%B8%20%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8%20%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC%D0%B8%20%D0%B2%D1%80%D0%B0%D1%87%D0%B0%D0%BC%D0%B8%20%D0%BE%D0%B1%D1%89%D0%B5%D0%B9%20%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8%2002.03.2020%20%Е2%84%9613.pdf>. – Дата доступа: 07.12.2022.
28. О мерах по оптимизации профилактики суицидов в Республике Беларусь [Электронный ресурс] : приказ Мин-ва здравоохранения Респ. Беларусь,

от 22 апреля 2020, № 480. – Режим доступа: <https://bymed.top/docs/by-regulatory/protocols/suicide-1644>. – Дата доступа: 07.12.2022.

29. Об усилении работы по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних : приказ Мин-ва здравоохранения Респ. Беларусь, от 31 июля 2017 г., № 848. // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
30. Об оказании психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи пациентам, перенесшим инфекцию COVID-19 [Электронный ресурс] : приказ Мин-ва здравоохранения Респ. Беларусь, от 30 ноября 2020 г., № 1265. – Режим доступа: <https://normativka.by/lib/document/87940>. – Дата доступа: 07.12.2022.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Шкала составлена из 14 утверждений и включает две части: тревога (I часть) и депрессия (II часть).

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем суммируйте баллы выбранных утверждений для каждой части отдельно.

Часть I

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе:

3 — все время; 2 — часто; 1 — время от времени, иногда; 0 — совсем не испытываю

2. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться:

3 — определенно это так, и страх очень велик; 2 — да, это так, но страх не очень велик; 1 — иногда, но это меня не беспокоит; 0 — совсем не испытываю

3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове:

3 — постоянно; 2 — большую часть времени; 1 — время от времени и не так часто

4. Я легко могу сесть и расслабиться:

0 — определенно, это так; 1 — наверное, это так; 2 — лишь изредка, это так; 3 — совсем не могу

5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь:

0 — совсем не испытываю; 1 — иногда; 2 — часто; 3 — очень часто

6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться

3 — определенно, это так; 2 — наверное, это так; 1 — лишь в некоторой степени, это так; 0 — совсем не испытываю

7. У меня бывает внезапное чувство паники

3 — очень часто; 2 — довольно часто; 1 — не так уж и часто; 0 — совсем не бывает

Часть II

1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство:

0 — определенно, это так; 1 — наверное, это так; 2 — лишь в очень малой степени, это так; 3 — это совсем не так

2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное:

0 — определенно, это так; 1 — наверное, это так; 2 — лишь в очень малой степени, это так; 3 — совсем не способен

3. Я испытываю бодрость:

3 — совсем не испытываю; 2 — очень редко; 1 — иногда; 0 — практически все время

4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно:

3 — практически все время; 2 — часто; 1 — иногда; 0 — совсем нет

5. Я не слежу за своей внешностью:

3 — определенно, это так; 2 — я не уделяю этому столько времени, сколько нужно; 1 — может быть, я стала меньше уделять этому времени; 0 — я слежу за собой так же, как и раньше

6. Я считаю, что мои (дела, занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения:

0 — точно так же, как и обычно; 1 — да, но не в той степени, как раньше; 2 — значительно меньше, чем обычно; 3 — совсем так не считаю

7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы:

0 — часто; 1 — иногда; 2 — редко; 3 — очень редко

Оценка результата.

Суммарный балл:

0–7 баллов — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии);

8–10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия;

11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

Шкала депрессии Бека

Инструкция. Выберите одно утверждение в каждой группе, которое лучше всего описывает Ваше состояние за прошедшую неделю, включая сегодняшний день. Суммируйте баллы выбранных утверждений.

1.	0 – Я не чувствую себя несчастным. 1 – Я чувствую себя несчастным. 2 – Я все время несчастен и не могу освободиться от этого чувства. 3 – Я настолько несчастен и опечален, что не могу этого вынести.
2.	0 – Думая о будущем, я не чувствую себя особенно разочарованным. 1 – Думая о будущем, я чувствую себя разочарованным. 2 – Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем. 3 – Я чувствую, что будущее безнадежно и ничего не изменится к лучшему.
3.	0 – Я не чувствую себя неудачником. 1 – Я чувствую, что у меня было больше неудач, чем у большинства других людей. 2 – Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, все, что я вижу, это череды неудач. 3 – Я чувствую себя полным неудачником.
4.	0 – Я получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше. 1 – Я не получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше. 2 – Я не получаю настоящего удовлетворения от чего бы то ни было. 3 – Я всем неудовлетворен, и мне все надоело.
5.	0 – Я не чувствую себя особенно виноватым. 1 – Довольно часто я чувствую себя виноватым. 2 – Почти всегда я чувствую себя виноватым. 3 – Я чувствую себя виноватым все время
6.	0 – Я не чувствую, что меня за что-то наказывают. 1 – Я чувствую, что могу быть наказан за что-то. 2 – Я ожидаю, что меня накажут. 3 – Я чувствую, что меня наказывают за что-то.
7.	0 – Я не испытываю разочарование в себе. 1 – Я разочарован в себе. 2 – Я внушаю себе отвращение. 3 – Я ненавижу себя.

8.	<p>0 – У меня нет чувства, что я в чем-то хуже других.</p> <p>1 – Я самокритичен и признаю свои слабости и ошибки.</p> <p>2 – Я все время виню себя за свои ошибки.</p> <p>3 – Я виню себя за все плохое, что происходит.</p>
9.	<p>0 – У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой.</p> <p>1 – У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не делаю.</p> <p>2 – Я хотел бы покончить жизнь самоубийством.</p> <p>3 – Я бы покончил с собой, если бы представился удобный случай.</p>
10.	<p>0 – Я плачу не больше, чем обычно.</p> <p>1 – Сейчас я плачу больше обычного.</p> <p>2 – Я теперь все время плачу.</p> <p>3 – Раньше я еще мог плакать, но теперь не смогу, даже если захочу.</p>
11.	<p>0 – Сейчас я не более раздражителен, чем обычно.</p> <p>1 – Я раздражаюсь легче, чем раньше, даже по пустякам.</p> <p>2 – Сейчас я все время раздражен.</p> <p>3 – Меня уже ничто не раздражает, потому что все стало безразлично.</p>
12.	<p>0 – Я не потерял интереса к другим людям.</p> <p>1 – У меня меньше интереса к другим людям, чем раньше.</p> <p>2 – Я почти утратил интерес к другим людям.</p> <p>3 – Я потерял всякий интерес к другим людям.</p>
13.	<p>0 – Я способен принимать решения так же, как всегда.</p> <p>1 – Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно.</p> <p>2 – Я испытываю больше трудностей в принятии решений, чем прежде.</p> <p>3 – Я больше не могу принимать каких-либо решений.</p>
14.	<p>0 – Я не чувствую, что я выгляжу хуже, чем обычно.</p> <p>1 – Я обеспокоен, что выгляжу постаревшим и непривлекательным.</p> <p>2 – Я чувствую, что изменения, происходящие в моей внешности, сделали меня непривлекательным.</p> <p>3 – Я уверен, что выгляжу безобразным</p>
15.	<p>0 – Я могу работать так же, как раньше.</p> <p>1 – Мне надо приложить дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать.</p> <p>2 – Я с большим трудом заставляю себя что-либо сделать.</p> <p>3 – Я вообще не могу работать.</p>
16.	<p>0 – Я могу спать так же хорошо, как и обычно.</p> <p>1 – Я сплю не так хорошо, как всегда.</p>

	<p>2 – Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, чем обычно и с трудом могу заснуть снова.</p> <p>3 – Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и не могу снова заснуть.</p>
17	<p>0 – Я устаю не больше обычного.</p> <p>1 – Я устаю легче обычного.</p> <p>2 – Я устаю почти от всего того, что делаю.</p> <p>3 – Я слишком устал, чтобы делать что бы то ни было.</p>
18	<p>0 – Мой аппетит не хуже, чем обычно.</p> <p>1 – У меня не такой хороший аппетит, как был раньше.</p> <p>2 – Сейчас мой аппетит стал намного хуже.</p> <p>3 – Я вообще потерял аппетит.</p>
19	<p>0 – Если в последнее время я и потерял в весе, то очень немного.</p> <p>1 – Я потерял в весе более 2 кг.</p> <p>2 – Я потерял в весе более 4 кг.</p> <p>3 – Я потерял в весе более 6 кг</p>
20	<p>0 – Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.</p> <p>1 – Меня беспокоят такие проблемы, как различные боли, расстройства желудка, запоры.</p> <p>2 – Я настолько обеспокоен своим здоровьем, что мне даже трудно думать о чем-нибудь другом.</p> <p>3 – Я до такой степени обеспокоен своим здоровьем, что вообще ни о чем не могу думать</p>
21	<p>0 – Я не замечал каких-либо изменений в моих сексуальных интересах.</p> <p>1 – Я меньше, чем обычно интересуюсь сексом.</p> <p>2 – Сейчас я намного меньше интересуюсь сексом.</p> <p>3 – Я совершенно утратил интерес к сексу.</p>

Оценка результата.

Суммарный балл:

Менее 9 – отсутствие депрессивных симптомов

10-18 – легкая депрессия, субдепрессивная симптоматика

19-29 – депрессия средней степени тяжести

30-63 – тяжелая депрессия

Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HAM-D-17)

Инструкция. Выберите одно утверждение в каждой группе, которое лучше всего описывает Ваше состояние за прошедшую неделю, за исключением пунктов 8, 9 (состояние во время опроса) и 16 (состояние перед эпизодом). Суммируйте баллы выбранных утверждений.

1. Сниженное настроение (переживания подавленности или печали, безнадежности, беспомощности, собственной малоценности)

0 - Отсутствует

1 - Сообщает о своих переживаниях только при расспросе

2 - Сообщает свои переживания спонтанно вербальным образом

3 - Выражает свои переживания невербальным образом, т.е. мимикой, позой или жестами, голосом и готовностью к плачу

4 - Пациент как в спонтанных высказываниях, так и невербальным образом выражает только эти чувства

2. Чувство вины

0 - Отсутствует

1 - Высказывает самоупреки или идеи самоуничтожения; считает, что подвел других

2 - Идеи собственной виновности или мучительные размышления о прошлых ошибках или грехах

3 - Настоящее заболевание расценивается как наказание; бредовые идеи виновности

4 - Вербальные галлюцинации обвиняющего и осуждающего содержания и/или угрожающие зрительные галлюцинации

3. Суицидальные намерения

0 - Отсутствует

1 - Ощущение малоценности жизни; говорит, что жить не стоит

2 - Желание смерти или какие-либо мысли о возможности собственной смерти

3 - Суицидальные высказывания или жесты

4 - Попытки самоубийства (любая серьезная попытка оценивается как «4»).

4. Бессонница: ранняя (трудности при засыпании)

0 - Отсутствие затруднений при засыпании

1 - Жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (например, дольше чем 1/2 часа)

2 - Жалобы на невозможность заснуть каждую ночь

5. Бессонница: середина ночи

0 - Отсутствует

1 - Жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи

2 - Пробуждения в течение ночи - любой подъем с постели оценивается как «2» (исключая физиологические потребности)

6. Бессонница поздняя: ранние утренние часы

0 - Отсутствует

1 - Просыпается в ранние утренние часы, но снова засыпает

2 - При пробуждении заснуть повторно не удается

7. Работоспособность и активность

0 - Никаких затруднений не испытывает

1 - Мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с деятельностью: работой или хобби

2 - Утрата интереса к деятельности: работе или хобби, выраженная непосредственно в жалобах или косвенно по степени проявляемого им безразличия к окружающему, нерешительности (чувство потребности в дополнительном усилии приступить к работе или проявить активность)

3 - Уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности. В условиях стационара оценка "3" выставляется, если активность пациента проявляется в течение не менее трех часов в день (работа в отделении или хобби), кроме обычных действий по обслуживанию самого себя

4 - Отказ от работы вследствие настоящего заболевания; в стационаре оценка "4" выставляется, если пациент вообще не проявляет активности или не справляется даже с рутинной бытовой деятельностью без посторонней помощи

8. Заторможенность (замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)

0 - Нормальная речь и мышление

1 - Легкая заторможенность в беседе

2 - Заметная заторможенность в беседе

3 - Беседа с больным затруднена

4 - Полный ступор

9. Возбуждение (во время беседы)

0 - Отсутствует

1 - Суетливость

2 - Беспокойные движения руками, теребление волос и т.д.

3 - Подвижность, неусидчивость

4 - Заламывание рук, кусание ногтей, выдергивание волос, покусывание губ

10. Психическая тревога

0 - Отсутствует

1 - Субъективное напряжение и раздражительность

2 - Беспокойство по незначительным поводам

3 - Тревога, отражающаяся в выражении лица и речи

4 - Спонтанно излагает свои тревожные опасения

11. Соматическая тревога (физиологические проявления тревоги):

- гастроинтестинальные - сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка;
- сердечно-сосудистые - сердцебиение, головные боли;
- дыхательные - гипервентиляция, одышка;
- учащенное мочеиспускание;
- повышенное потоотделение

(отмечайте согласно частоте и тяжести симптомов)

0 - Отсутствие

1 - Легкая

2 - Умеренная

3 - Тяжелая

4 - Крайне тяжелая (вплоть до функциональной недостаточности)

12. Соматические симптомы, желудочно-кишечные

0 - нет

1 - потеря аппетита, но ест без помощи персонала, ощущение тяжести в желудке

2 - трудно есть без помощи персонала, просит слабительное или другое лекарство для ЖКТ

13. Общие соматические симптомы

0 - нет

1 - тяжесть в конечностях, спине или голове. Боли в пояснице, головные и мышечные боли. Утрата энергии и истощение

2 - любые, ясно выраженные симптомы учитываются как 2

14. Половые симптомы (утрата либидо, менструальные проблемы)

0 - отсутствуют

1 - средне

2 - сильно

15. ИПОХОНДРИЯ

0 - отсутствует

- 1 - иногда появляются мысли о здоровье
- 2 - поглощен мыслями о здоровье
- 3 - частые жалобы, просьбы о помощи и т.п.
- 4 - ипохондрический бред

16. ПОТЕРЯ ВЕСА

0 - не потерял в весе или вес потерян по другой причине, не связанной с настоящим заболеванием

1 - подозревается потеря в весе по причине теперешнего заболевания

2 - пациент уверенно подтверждает потерю веса из-за депрессии

17. КРИТИКА

0 - подтверждает подавленность и заболевание ИЛИ в данное время не в депрессии

1 - подтверждает заболевание, но причиной тому ставит плохую пищу, переутомление, вирус, нужду в отдыхе и т.п.

2 - вообще отвергает, что болен

Оценка результата.

Суммарный балл:

0 - 7 – норма

8 - 13 - лёгкое депрессивное расстройство

14 - 18 - депрессивное расстройство средней степени тяжести

19 - 22 - депрессивное расстройство тяжелой степени

более 23 - депрессивное расстройство крайне тяжёлой степени

Шкала оценки риска суицида (The SAD PERSONS Scale)

Фактор	Значение
Пол	1 — мужской; 0 — женский
Возраст	1 — < 19 или > 45
Депрессия	1 — если есть
Парасуициды в анамнезе	1 — если есть
Злоупотребление алкоголем	1 — если есть
Нарушение рационального мышления (бред, галлюцинации, фиксация на потере, депрессивное сужение восприятия)	1 — шизофрения, расстройство настроения, когнитивные нарушения
Недостаток социальной поддержки (проживание в одиночестве, тяжелые нарушенные отношения, не принимающее социальное окружение)	1 — если присутствует, особенно при недавней потере «значимого другого»
Организованный план суицида	1 — если есть, а избранный метод потенциально летален
Отсутствие супруги (супруга)	1 — разведен, вдов, отделен, проживает в одиночестве
Болезнь	1 — если есть, тяжелая, хроническая, инвалидизирующая

Суммарный балл:

- 0 - 2 – низкий риск
- 3 - 4 – средний риск
- 5 - 6 – высокий риск
- 7 – 10 – очень высокий риск

Тактика ВОП

Общий балл	Предполагаемое действие
0–2, низкий риск	Амбулаторное наблюдение.
3–4, средний риск	Амбулаторное наблюдение с частыми встречами; дневной стационар; возможность госпитализации. Консультация врача-психиатра-нарколога.
5–6, высокий риск	Рекомендовать госпитализацию, если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении (психиатрическая и социальная службы, родственники). Консультация врача-психиатра-нарколога.
7–10, очень высокий риск	Госпитализация (в т. ч. принудительная)

Информация для пациента с депрессией и членов его семьи

1. Депрессивные симптомы могут возникать часто, но они преходящи.
2. Если депрессивные симптомы связаны с проблемами, которые есть у человека в разных сферах жизни (семья, отношения, работа, здоровье), нужно попытаться решить эти проблемы.
3. Депрессия – широко распространенное расстройство. Ей страдает приблизительно 5% населения Земли и риск возникновения ДЭ в течение всей жизни составляет примерно 20% для женщин и 10% для мужчин.
4. Депрессия – это заболевание, а не проявление слабости и безволия.
5. Болеть депрессией не стыдно.
6. Депрессия – обратимое, хорошо поддающееся лечению расстройство.
7. В лечении многое зависит от самого пациента, от его готовности следовать рекомендациям врача и брать ответственность на себя за свое здоровье.

Рекомендации для пациента с депрессией

1. Активный настрой и образ жизни положительно влияют на выздоровление.
2. Составьте расписание дня по часам и придерживайтесь его.
3. Обязательно включите в расписание дня занятия, которые приятны, доставляют удовольствие, повышают уверенность в себе. В начале, в зависимости от Вашего состояния, это может быть 1 приятное занятие в день или в неделю.
4. Важно, чтобы дневная программа не была напряженной, трудно выполнимой. Необходимо соблюдать баланс между занятиями и отдыхом.
5. Старайтесь правильно питаться, не смотря на нестабильный аппетит.
6. Следует ежедневно выходить на улицу, поддерживать социальные контакты.
7. Старайтесь быть физически активным, насколько это возможно.
8. Не совершайте перемен в жизни под влиянием сниженного настроения, таких как, например, оставление работы, прекращение учебы, развод и др.
9. Если работа не является причиной жалоб и есть силы, продолжайте работать. Это лучше, чем оставаться дома.
10. Если состояние не улучшается, обратитесь к врачу.

11. Старайтесь положительно настроиться на лечение ДЭ, доверяйте доктору или получите альтернативную консультацию.

12. Принимайте препараты регулярно, не делая пропусков. Терпеливо ожидайте эффекта от лечения, который может появиться через несколько недель.

13.

Рекомендации для членов семьи пациента с деперссией

1. Не критикуйте, не иронизируйте по поводу состояния члена семьи с ДЭ, не требуйте «взять себя в руки». Существует ошибочное мнение, что люди с депрессией могут легко контролировать свои симптомы только с помощью своей силы воли.

2. Стимулируйте человека с депрессией думать о решениях проблем и выбирать наиболее подходящие для него.

3. Обращайтесь к его сильным сторонам личности человека.

4. Обращайтесь к его положительному опыту преодоления проблем.

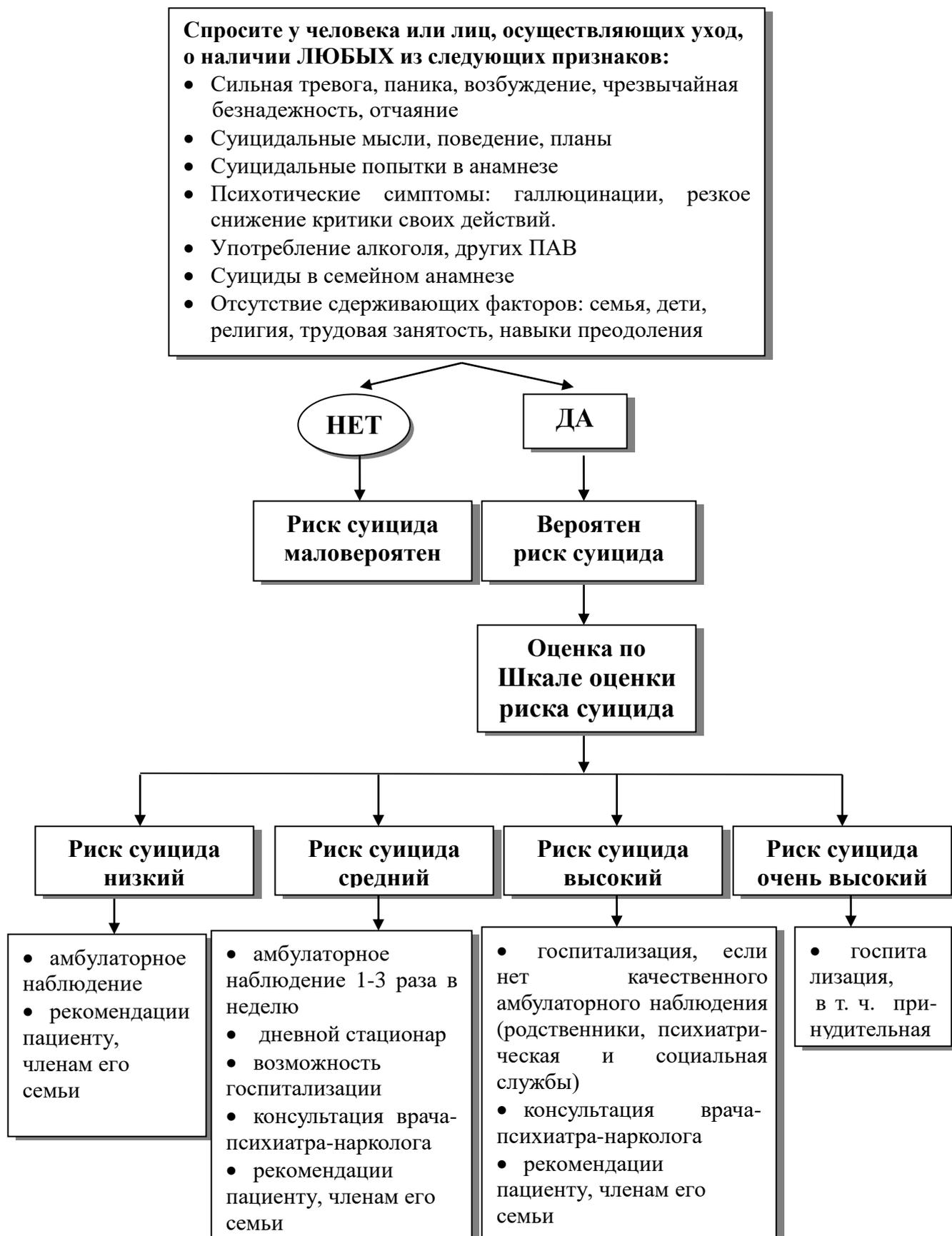
5. Старайтесь проводить больше времени с пациентом с ДЭ, вовлекать в любую полезную деятельность.

6. Предоставляйте человеку возможность выговориться свободно, не опасаясь критики, рассказать о своих переживаниях, опасениях, мыслях.

7. Не бойтесь обсуждать с человеком темы суицидальных мыслей и намерений.

8. По соглашению с пациентом сопровождайте его при посещении врача, контролируйте прием им лекарственных препаратов.

Алгоритм оценки риска суицида у пациентов с ДЭ и тактика ВОП



Рекомендации для пациента с риском суицида

1. При появлении мыслей о самоубийстве немедленно обратитесь за помощью к доверенному члену семьи, другу или лицу, осуществляющему уход.

2. Мысли о совершение суицида – это показатель сильного эмоционального потрясения. Поэтому постарайтесь как можно скорее обратиться за помощью к специалисту (психологу, врачу-психотерапевту, врачу-психиатру-наркологу).

3. Чувство отчаяния, безысходности, сильная тревога, страх, другие эмоциональные состояния, толкающие к совершению суицида, не являются неизменными. Их можно изменить - уменьшить, исключить, заменить на позитивные.

4. Вполне нормально говорить о самоубийстве.

5. Позволяйте себе выражать свои эмоции (страх, агрессию, печаль, др.), только делайте это корректно.

6. Ограничьте доступ к средствам, с помощью которых возможно совершить самоубийство (токсичные вещества, рецептурные лекарства, огнестрельное оружие и т. д.).

7. Сосредоточьте внимание на своих сильных сторонах, вспомните, как Вы решали сложные проблемы прежде.

8. Найдите, к кому Вы можете еще обратиться за поддержкой: родственники, друзья, знакомые, коллеги, религиозные лидеры, кризисные центры, центры психического здоровья.

9. Самоубийства предотвратимы.

Рекомендации членам семьи пациента с риском суицида

1. Члены семьи, родственники, ухаживающие лица должны мобилизоваться для обеспечения тщательного наблюдения за пациентом до тех пор, пока сохраняется риск суицида.

2. Попытайтесь убедить человека обратиться к специалистам (психолог, врач-психотерапевт, врач-психиатр-нарколог).

3. Даже если окружающие люди чувствуют разочарование в человеке с риском суицида, им следует избегать враждебности и резкой критики по отношению к нему.

4. Не оставляйте такого человека в одиночестве.

5. Позвольте ему выговариваться – человек почувствует облегчение. Не отталкивайте его, если он решил разделить с вами проблемы, даже если вы потрясены сложившейся ситуацией.

6. Сохраняйте спокойствие и не осуждайте его, не зависимо от того, что он говорит.

7. Вполне нормально говорить о самоубийстве. Разговоры о самоубийстве не провоцируют его совершение. Задаваемые человеку вопросы о самоубийстве часто помогают ему почувствовать облегчение, снижают беспокойство и помогают ему поверить, что его лучше понимают.

8. Дайте понять, что хотите поговорить о чувствах, что не осуждаете его за эти чувства.

9. Постарайтесь узнать у него план действий, так как конкретный план – это знак реальной опасности.

10. Дайте знать, что хотите ему помочь, но не видите необходимости в том, чтобы хранить все в секрете, если какая-то информация может повлиять на его безопасность.

11. Ограничьте доступ к средствам, с помощью которых возможно совершить самоубийство (токсичные вещества, рецептурные лекарства, огнестрельное оружие и т. д.).

12. Сосредоточьте внимание на сильных сторонах человека, побуждая его рассказать о том, как решались прежние проблемы.

13. Убедите его, что есть конкретный человек, к которому можно обратиться за помощью.

14. Помогите найти людей и места, которые смогли бы снизить пережитый стресс: друзья, семья, врачи, религиозные лидеры, кризисные центры, центры психического здоровья.

15. Помогите ему понять, что присутствующее чувство безнадежности не будет длиться вечно.

16. Внушайте ему чувство уважения к собственной жизни и к себе самому.

17. При необходимости члены семьи, родственники, ухаживающие лица могут обратиться к специалистам психического здоровья за получением помощи в решении собственных эмоциональных проблем, а также консультации по правилам общения с человеком, имеющим риск суицида.

**Рекомендуемые средние суточные дозы АД для применения в общей
врачебной практике**

	Международное название АД	Рекомендуемые средние суточные дозы АД, мг
1.	Сертралин	50-100
2.	Пароксетин	20-40
3.	Флувоксамин	50-100
4.	Эсциталопрам	10-15
5.	Циталопрам	20 -40
6.	Флуоксетин	20
7.	Венлафаксин	75 – 226
8.	Дулоксетин	60-90
9.	Вортиоксетин	10-20
10.	Миансерин	30-60
11.	Мапротилин	75-100
12.	Миртазапин	30-45
13.	Агомелатин	25-50
14.	Амитриптилин	50-75
15.	Кломипрамин	50-75
16.	Тианептин	37,5

Результаты межлекарственного взаимодействия АД с другими препаратами

Группы АД	Группы препаратов	Результат взаимодействия
ТЦА, ГЦА	Противосудорожные (карбамазепин)	Ослабление эффекта АД Ослабление эффекта противосудорожных средств
	Барбитураты	Ослабление эффекта АД
	Антикоагулянты (варфарин, ацетилсалициловая кислота)	Усиление действия варфарина, ацетилсалициловой кислоты, риск кровотечений
	Гипотензивные препараты	Ослабление гипотензивного эффекта
	Оральные контрацептивы	Ослабление эффекта контрацептивов
	Бета-адреноблокаторы	Усиление эффекта бета-адреноблокаторов
	Антиаритмические препараты, сердечные гликозиды	Усиление эффекта антиаритмических препаратов, сердечных гликозидов
	Тиреоидные гормоны	Усиление кардиотоксических эффектов ТЦА
	Алкоголь, никотин	Ослабление эффекта АД
	Ферментные препараты	Ослабление эффекта АД
СИОЗС, СИОЗСН	Барбитураты	Ослабление эффекта АД
	Противосудорожные (карбамазепин)	Ослабление эффекта АД
	Варфарин	Усиление действия варфарина и риск кровотечений
	Бета-адреноблокаторы	Усиление эффекта бета-адреноблокаторов (особенно флувоксамин!, флуоксетин) Не влияют на бета-блокаторы: пароксетин, сертралин, циталопрам, венлафаксин
	Алкоголь, никотин	Ослабление эффекта АД
Ферментные препараты	Ослабление эффекта АД	

Учебное издание

Протьюко Наталья Николаевна
Патеюк Ирина Васильевна
Ситник Геннадий Демьянович
Котова Галина Сергеевна
Милюк Наталья Сергеевна
Антонович Жанна Владимировна
Лобашова Вероника Львовна
Попова Ольга Васильевна

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ ВРАЧАМИ
ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 19.01.2023. Формат 60x84/16. Бумага «Снегурочка».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 3,38. Уч.- изд. л. 2,57. Тираж 120 экз. Заказ 77.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, корп.3.