

# ИНСТРУКЦИЯ

## о порядке организации оказания медицинской помощи пациентам с депрессией

Для врачей общей практики,  
медицинских сестер  
и помощников врачей  
первичной медицинской помощи





Государственное учреждение образования  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**о порядке организации оказания**  
**медицинской помощи**  
**пациентам с депрессией**

для врачей общей практики, медицинских сестер  
и помощников врачей первичной медицинской помощи

Минск



БЕЛСЭНС

2022

УДК 614.253:[616.8-008.64/.89-008.454/.895.4]-07-082-083-084 +  
615.035.1/.2 + 649.8 (083.13)  
ББК 51.12п : 53.4/.5 +56.12/.14 + 88.4/.7/.9  
И70

#### **Разработчики:**

- Протько Н.Н.** доцент кафедры общей врачебной практики с курсом гериатрии государственного учреждения образования (ГУО) «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук, доцент;
- Патейук И.В.** заведующий кафедрой общей врачебной практики с курсом гериатрии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук, доцент;
- Айзберг О.Р.** доцент кафедры психиатрии и наркологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук;
- Русович В.З.** координатор программ по общественному здравоохранению Странового офиса ВОЗ в Республике Беларусь

**И70 Инструкция о порядке организации оказания медицинской помощи пациентам с депрессией** (для врачей общей практики, медицинских сестер и помощников врачей первичной медицинской помощи). – Минск : Белсэнс, 2022. – 55 с.

ISBN 978-985-7179-20-6

Инструкция о порядке организации оказания медицинской помощи пациентам с депрессией описывает общие принципы диагностики, лечения, ведения пациентов с депрессией, суицидальным риском на этапе первичной медицинской помощи.

Целью настоящей инструкции является содействие своевременному выявлению, эффективному лечению и профилактике депрессии и суицидального риска.

Инструкция предназначена для врачей общей практики, медицинских сестер и помощников врачей первичной медицинской помощи.

**УДК 614.253:[616.8-008.64/.89-008.454/.895.4]-07-082-083-084 + 615.035.1/.2 + 649.8 (083.13)**  
**ББК 51.12п : 53.4/.5 +56.12/.14 + 88.4/.7/.9**

Инструкция выпущена в свет при поддержке Странового офиса Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Республике Беларусь.

**ISBN 978-985-7179-20-6**

© БелМАПО, 2022  
© Оформление. ООО «Белсэнс», 2022

## ВВЕДЕНИЕ

Депрессия, или депрессивный эпизод (ДЭ) [код по МКБ-10 – F32], является одним из наиболее распространенных и социально значимых психических расстройств. В настоящее время депрессия занимает 2-е место в мире среди всех медицинских причин инвалидности и смертности, а среди лиц молодого возраста (до 45 лет) она уже давно держит пальму первенства по этому показателю. Согласно прогнозу ВОЗ, к 2030 г. депрессия выйдет на первое место по этим показателям.

Около 5 % населения мира страдает депрессией. Вероятность возникновения ДЭ в течение жизни высока и составляет для женщин 20 %, для мужчин – 10 %.

В Республике Беларусь отмечается та же распространенность – 5 % населения (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 %.

Несмотря на широкую распространенность, ДЭ часто не распознается 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.

Высокая распространенность депрессии, частое рецидивирование (у 85 % больных отмечаются повторные эпизоды), склонность к затяжному течению и хронизации, ухудшение течения и прогноза коморбидных соматических и психических расстройств, существенное ухудшение качества жизни пациентов, повышение суицидального риска, а также другие многочисленные проблемы, связанные с депрессией, определяют необходимость своевременного выявления и правильного лечения депрессии.

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.

Совершенствование знаний врачей общей практики по вопросам диагностики, лечения, профилактики депрессивных расстройств в объеме, необходимом для использования в рамках их врачебной деятельности, имеет большое значение для своевременного выявления, лечения и профилактики данной патологии, а также для профилактики суицидов.

В ряде случаев пациенты имеют депрессивные симптомы, но при этом их состояние не может быть квалифицировано как депрессия. По данным ВОЗ, симптомы депрессивного характера встречаются в 4–5 раз чаще, чем собственно депрессия. Подобные симптомы также негативно сказываются на соматическом здоровье человека, а со временем могут проявиться в виде депрессивного расстройства. Поэтому ВОЗ рекомендует ВОП обращать внимание также на пациентов с депрессивными симптомами.

В данной инструкции представлена тактика поведения ВОП как для депрессивных расстройств (клинически подтвержденных состояний), так и для депрессивных симптомов (субклинических состояний).

## **ГЛАВА 1. Депрессивные симптомы и депрессивные расстройства: определения**

**Депрессивные симптомы** – симптомы, которые характерны для депрессивного эпизода, но по степени выраженности, длительности, количеству не соответствуют диагностическим критериям депрессивных расстройств.

**Депрессивные расстройства** – психические заболевания депрессивного спектра, центральное место в систематике которых занимает категория «депрессивный эпизод».

К депрессивным расстройствам относятся:

- депрессивный эпизод (F32);
- рекуррентное депрессивное расстройство (F33);
- смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2);
- дистимия (F34.1);
- психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом (F53);
- органические расстройства настроения [аффективные] (F06.3).

**Депрессивный эпизод (F32)** – аффективное расстройство, основными симптомами которого являются:

- снижение настроения;
- утрата интересов и удовольствия;
- снижением энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности [4].

Диагностические критерии депрессивного эпизода описаны в Главе 3.

**Рекуррентное депрессивное расстройство (F33)** – аффективное расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессий, соответствующих критериям F32, без анамнестических данных об отдельных эпизодах приподнятого настроения, гиперактивности, которые могли бы отвечать критериям гипоманиакального, маниакального или смешанного аффективного эпизода (F30.-) [4].

**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.

**Дистимия (F34.1)** – хроническое расстройство настроения с теми же когнитивными и физическими проблемами, как и ДЭ, но менее тяжёлое и более продолжительное (не менее 2 лет).

**Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом (F53).** Здесь классифицируется послеродовая депрессия, которая начинается в пределах 6 недель после родов и соответствует диагностическим критериям ДЭ (F32).

**Органические расстройства настроения [аффективные] (F06.3).** Критерием для постановки диагноза органической депрессии является предположительно прямая обусловленность депрессии церебральным или физическим расстройством. При этом ДЭ (F32) возникает вслед за обнаружением органического фактора и не может быть расценен как эмоциональный ответ больного на известие о болезни.

Помимо указанных монополярных расстройств, депрессия является составной частью расстройств биполярного спектра, при которых депрессивные эпизоды чередуются с маниакальными разной степени выраженности:

- **биполярное аффективное расстройство (F31),**
- **циклотимия (F34.0).**

Депрессивные симптомы встречаются и при других психических расстройствах, таких как:

- **соматоформные расстройства (F45.3),**
- **расстройства адаптации (F43.2),**
- **шизоаффективные расстройства (F25),**
- **расстройства личности**  
и др.

Депрессивные симптомы встречаются также у лиц, у которых отсутствуют психические расстройства. В этих случаях проявления депрессивности представляют собой кратковременные психологические реакции на ситуации или являются особенностями личности человека. При этом степень выраженности симптомов не позволяет поставить диагноз психического расстройства депрессивного спектра.

Для ВОП важно понимать, являются ли депрессивные симптомы проявлениями депрессивных расстройств, в частности ДЭ.

## ГЛАВА 2. Этиология и факторы риска депрессии

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

- биологические (конституционально-генетические);
- социальные;
- психологические.

**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. Нарушение 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 изученными являются генетические механизмы синтеза серотонина. Доказана наследственная обусловленность аффективных расстройств (на основании обследования близнецов). Риск заболеть для пробанды, 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 депрессиях, а также депрессиях при некоторых эндокринологических заболеваниях.

Соматогенные депрессии являются коморбидными с соматическими 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, противоопухолевых препаратов, пероральных контрацептивов, анальгетиков, грамотрицательных антибиотиков, сульфаниламидов, нейролептиков, барбитуратов, метилдопы, цитостатиков,  $\beta$ -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.

В некоторых случаях, например при переживании горя, депрессия является естественной стадией, которую человек должен пройти, чтобы в итоге прийти к смирению, принятию неизбежного.

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

### **Факторы риска развития депрессивных симптомов или депрессии:**

- тяжелое депрессивное расстройство или суицидальные попытки в анамнезе у пациентов;
- депрессивные расстройства и попытки суицидов в анамнезе у родственников пациентов;
- хронические функциональные расстройства, хроническая боль;
- хронические заболевания:
  - инсульт,
  - инфаркт миокарда,
  - заболевания периферических артерий,
  - сахарный диабет,
  - деменция,
  - болезнь Паркинсона,
  - гипотиреоз,
  - ХОБЛ,
  - злокачественные новообразования,
  - ожирение и др.;
- инвалидность;
- психические расстройства:
  - тревожные расстройства,
  - проблемы с алкоголем и наркотиками,
  - расстройства личности;
- перегрузка;
- высокая чувствительность к стрессу;
- психотравма;
- жертва домашнего насилия;
- женский пол;
- старость;
- одиночество;
- низкий социально-экономический статус;
- отсутствие социальной поддержки.

### **ГЛАВА 3. Клиническая картина, диагностические критерии, особенности течения ДЭ**

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

#### Основные симптомы ДЭ [19]:

- устойчивое подавленное настроение, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой;
- заметное снижение интереса или удовольствия от повседневной деятельности (ангедония).

#### Дополнительные симптомы ДЭ [19]:

- замедленность мышления;
- нарушения сна (ранние пробуждения или слишком продолжительный сон);
- существенное нарушение аппетита или изменение веса человека (уменьшение или увеличение);
- чувство бесполезности или чрезмерной вины;
- усталость или потеря энергии;
- снижение концентрации;
- нерешительность;
- заметное тревожное возбуждение или беспокойное состояние;
- говорит и двигается медленнее, чем обычно;
- безысходность;
- суицидальные мысли и действия.

#### **Диагностические критерии ДЭ:**

- Наличие у пациента как минимум 2-х основных и 2-х дополнительных симптомов из перечисленных выше.
- Указанные симптомы должны присутствовать большую часть дня вне зависимости от ситуации и продолжаться не менее 2-х 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», «ларвированная» депрессия, хотя таких официальных диагнозов нет.

#### **«Маски» соматизированных депрессий в форме:**

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

- инсомний:
  - бессонница;
  - гиперсомния.
- вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств:
  - синдром вегетососудистой дистонии, головокружение;
  - функциональные нарушения внутренних органов;
  - нейродермит, кожный зуд;
  - анорексия, булимия;
  - импотенция, нарушения менструального цикла.
- алгий:
  - цефалгии;
  - кардиалгии;
  - абдоминалгии;
  - фибромиалгии;
  - невралгии.
- 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 обще-медицинской 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.

## ГЛАВА 4. Сбор анамнеза

### и дополнительное обследование пациента с ДЭ

Сбор анамнеза при уточнении диагноза ДЭ должен проводиться с соблюдением конфиденциальности, желательно в отсутствии медицинской сестры. Часто такое требование не соблюдается. Поэтому ВОП должен успокоить пациента, сообщив, что все им сказанное не выйдет за пределы кабинета.

Анамнез при ДЭ включает в себя следующие составляющие:

- **Анамнез заболевания:**
  - что, по мнению пациента, явилось причиной данного состояния;
  - как начиналось заболевание и как оно протекало;
  - были ли подобные состояния раньше;
  - чем лечился пациент;
  - какое лечение было эффективным / неэффективным;
  - какое лечение вызвало осложнения /побочные реакции;
  - были ли периоды маниакальных состояний.
- **Оценка риска суицида** – см. Главу 6.
- **Сопутствующие заболевания, состояния:**
  - есть ли хронические сопутствующие соматические заболевания (гипотиреоз, анемия, болезнь Паркинсона и др.), хронический болевой синдром, функциональные ограничения, психические расстройства (деменция, алкоголизм и др.);
  - какие лекарственные препараты принимает (см. Главу 2), употребляет ли алкоголь или другие ПАВ, как много и часто.
- **Анамнез жизни:**
  - проживает ли он один или с семьей;
  - была ли за последние 6 месяцев тяжелая утрата (потеря близкого человека), тяжелые стрессовые ситуации (в личной жизни, на работе);
  - были ли за последний год серьезные изменения в жизни (женитьба/развод, переезд, смена места работы, уход детей из дома, выход на пенсию и др.);
  - есть ли у человека люди, которые могут его поддержать.

ВОП, медсестра, которые работают на участке проживания пациента не первый год, как правило, знают многие жизненные ситуации своих подопечных. Сбор анамнеза в этом случае значительно сокращается.

**Наследственная отягощенность по психическим расстройствам:** наличие у родственников психических заболеваний, в т. ч. алкоголизма. Выяснение наследственности особенно актуально для таких заболеваний с высокой вероятностью генетической детерминированности, как, например, биполярное аффективное расстройство, для которого текущий ДЭ может быть лишь одной из фаз заболевания.

При выявлении ДЭ (без непосредственной угрозы суицида) запланируйте в ближайшие дни для более длительную, чем обычно, консультацию (min 20 минут).

**Дополнительные обследования (физикальные, инструментальные, лабораторные, тестирование)** целесообразно проводить в случае наличия признаков сопутствующих соматических и/или психических расстройств (см. Главу 3).

## ГЛАВА 5. Оценка степени тяжести ДЭ и тактика ВОП

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, средней (умеренной) и тяжелой степенью основывается на клинической оценке, которая включает число, тип и тяжесть присутствующих симптомов (табл. 1).

Таблица 1

Степени тяжести ДЭ (F32)

Степень тяжести ДЭ	Симптомы	
	основные	дополнительные
Легкая	2	2 и более
Средняя	2	3 и более
Тяжелая: • без психотических симптомов; • с психотическими симптомами.	2 бред, галлюцинации, депрессивный ступор	4 и более

У пациентов с признаками тяжелого ДЭ длительность симптомов не имеет столь принципиального значения, как при депрессии легкой и средней (умеренной) тяжести. Тяжелые депрессивные симптомы могут длиться значительно меньше 2-х 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 (HDRS-17 – Hamilton Rating Scale for Depression) (Приложение 3),
- Шкала Монтгомери – Асберг для оценки депрессии (MADRS – Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) (Приложение 4).

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 меньшего 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 состояние пациента позволяет отсрочить начало лечения.

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

## **ГЛАВА 6. Суицидальный риск и его оценка при ДЭ.**

### **Тактика ВОП**

Многочисленные исследования подтверждают, что расстройства настроения, прежде всего депрессия, ассоциированы 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 – от 8 до 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) катamnестических 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 и ситуация:**
  - 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 в связи с расстройствами 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.

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)?
- Чувствуете 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 синдрома, «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 5).

От степени суицидального риска зависит тактика ВОП, которая описана в Приложении 5. Помимо этого ВОП дает рекомендации самому пациенту, родственникам или ухаживающим за ним лицам (Приложение 8).

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 снижают смертность от суицидов. На этапе первичной медицинской помощи возможности профилактики суицидального поведения использованы недостаточно из-за плохой выявляемости ДЭ.

## АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

- 1) **Спросить у пациента или лиц, осуществляющих уход, о наличии ЛЮБЫХ из следующих признаков:**
  - Наличие: сильной тревоги, паники, возбуждения, чрезвычайной безнадежности, отчаяния; суицидальных мыслей, поведения, планов; суицидальных попыток в анамнезе; психотических симптомов: галлюцинации, резкое снижение критики своих действий.
  - Употребление алкоголя, других ПАВ.
  - Суициды в семейном анамнезе.
  - Отсутствие сдерживающих факторов (семья, дети, религия, трудовая занятость, психологические навыки преодоления).
- 2) **Оценить риск по Шкале оценки риска суицида (The SAD PERSONS Scale) (Приложение 5).**
- 3) **Тактика ВОП при разном суицидальном риске у пациента (Приложение 5):**
  - Низкий риск суицида: амбулаторное наблюдение. Советы пациенту, членам его семьи (Приложение 8).
  - 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 8).
  - 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 8).
  - Очень высокий риск суицида: госпитализация, в т. ч. принудительная.

Алгоритм оценки риска суицида у пациентов с ДЭ и тактика ВОП представлен в виде схемы в Приложении 7.

## **ГЛАВА 7. Причины низкой выявляемости ДЭ врачами общей практики**

Несмотря 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.
- Нежелание ВОП сталкиваться с проблемой психических расстройств у своих пациентов из-за возможной их 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 и 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.

## ГЛАВА 8. Сигнальные симптомы и клинические ситуации для диагностики ДЭ

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 подтверждения или исключения 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 и др.
- Наличие различных эмоциональных и/или поведенческих особенностей: агрессивность, ипохондричность, конфликтность и др.

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

## ГЛАВА 9. Диагностика, дифференциальная диагностика ДЭ, тактика 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 эти симптомы, целенаправленный расспрос крайне важен.

ВОП может задать пациенту вопросы на предмет:

- плохого настроения, подавленности;
- потери интереса, получения меньшего удовольствия от вещей, которые раньше нравились пациенту.

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

Если пациент ответил 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 модель **SCEGS** (Somatisch, Cognitief, Emotioneel, Gedragmatig, Sociaal).

### **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 ПАВ непосредственно перед началом ДЭ.

### **C – когнитивный аспект**

Уточнить, что, по мнению пациента, 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 от своего окружения.

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

### **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 ДЭ (Глава 3). Человек сохраняет способность выполнять свои социальные функции. В таких случаях требуется не психиатрическая, а психологическая помощь.
- **Ятрогенные симптомы депрессии,** вызванные приемом определенных лекарственных препаратов:  $\beta$ -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, психостимуляторами, другими психоактивными веществами.** В данном случае тактика ВОП будет направлена прежде всего на решение проблем употребления пациентом ПАВ.
- **Рекуррентное депрессивное расстройство (F33)** – повторяющиеся ДЭ, соответствующие 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 и 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 и т. д.), галлюцинаций, ступора.

Бред чаще следующего содержания: о греховности, обнищании, грозящих несчастьях, за которые несет ответственность больной. Галлюцинации чаще всего слуховые и обонятельные. Слуховые галлюцинации – это, как правило, «голоса» обвиняющего и оскорбляющего характера. Обонятельные галлюцинации – запахи гниющего мяса или грязи. Тяжелая двигательная заторможенность может развиться 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 и др.)** – провести диагностику и лечение соматического заболевания.
- **Подтверждение соответствия имеющейся у пациента симптоматики критериям ДЭ (Глава 3)**

**Оценка степени тяжести ДЭ** может проводиться следующими способами:

- на основании клинической оценки, которая включает число, тип и тяжесть депрессивных симптомов (Глава 5);
- на основании оценки полноценности социального функционирования пациента (Глава 5);
- с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, опросника Бека, шкалы Гамильтона, шкалы Монтгомери – Асберг для оценки депрессии (MADRS) (Приложения 1–4).

**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.

## ГЛАВА 10. Лечение ДЭ в общей врачебной практике

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

Основными направлениями и методами лечения ДЭ являются:

- немедикаментозное – психообразование, психотерапия;
- медикаментозное – применение антидепрессантов.

Лечение пациентов с депрессивными симптомами и ДЭ различной степени тяжести включает следующие компоненты:

### 1) Депрессивные симптомы:

- Психообразовательная работа с пациентом и его семьей (Приложение 6).
- Психотерапия (направление к врачу-психотерапевту).
- Условия лечения: амбулаторное.

### 2) ДЭ легкой степени тяжести:

- Психообразовательная работа с пациентом и его семьей (Приложение 6).
- 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 6).
- 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.

## **ГЛАВА 11. Немедикаментозное лечение пациентов с ДЭ. Психообразование**

Психообразование является важной составляющей процесса лечения ДЭ. Оно проводится не только с пациентом, но и с членами его семьи, с которыми он проживает или ухаживающими лицами.

Информация, которая должна быть донесена до пациента и лиц, осуществляющих уход, может быть представлена следующими разделами:

- Ключевая информация для пациентов, членов семьи пациента с ДЭ и лиц, осуществляющих уход.
- Необходимость снижения стресса и укрепления социальной поддержки.
- Стимулирование функционирования в повседневной деятельности и общественной жизни.

### **Ключевая информация для пациентов, членов семьи пациента с ДЭ и лиц, осуществляющих уход**

Объяснить пациенту после расспроса и обследования механизм возникновения различных симптомов ДЭ.

- Депрессия – очень распространенное заболевание, которое может поразить любого человека.
- У 60 % пациентов симптомы ДЭ проходят без лечения через 6 месяцев.
- Негативное отношение окружающих («Возьмите себя в руки» и т. д.) происходит из-за того, что ДЭ нельзя определить по внешним признакам.
- У людей с ДЭ чрезмерно отрицательное мнение о себе, своей жизни и будущем. Негативные мысли начнут исчезать по мере лечения депрессии.
- Для людей с ДЭ характерны мысли о самоповреждении или самоубийстве. Если такие мысли присутствуют, их нельзя осуществлять, но следует рассказать о них и немедленно обратиться за помощью.

### **Снижайте стресс и укрепляйте социальную поддержку:**

- Выявите и обсудите актуальные психосоциальные проблемы, которые вызывают стресс у человека (проблемы в семейной жизни, на работе, финансовые, жилищные проблемы, стигму, бытовое насилие, жестокое обращение, трудности в связи с рождением ребенка и т. д.). Обсудите возможные методы решения проблем.
- Установите социальную поддержку, определите близких, которые могут оказать поддержку, попытайтесь восстановить социальные связи.
- Определите возможность возобновления общественных связей (общение с соседями, семейные праздники, религиозная деятельность и др.).
- Научите справляться со стрессом, например, методом релаксации.

### **Стимулируйте функционирование в повседневной деятельности и общественной жизни, посоветовав пациенту:**

- возобновить деятельность, которая раньше доставляла удовольствие;
- восстановить режим сна и бодрствования: лечь и встать в одно время;
- быть активными, насколько это возможно:  
бывать на воздухе не менее 45 минут 3 раза в неделю;
- питаться регулярно, несмотря на нестабильный аппетит;
- проводить больше времени в кругу семьи,  
принимать участие в общественной деятельности.

Данная информация для пациента с депрессивными симптомами или ДЭ и членов его семьи дополнительно приведена в Приложении 6, которое можно использовать как памятку или информационный бюллетень.

Психообразование имеет особенности в зависимости от того, имеет ли пациент с ДЭ суицидальный риск или нет. Информация по психообразованию пациента суицидальным риском и ухаживающих лиц приведена в Приложении 8.

## **ГЛАВА 12. Немедикаментозное лечение пациентов с ДЭ. Психотерапия**

В качестве немедикаментозного метода лечения ДЭ применяется психотерапия. **ВОП не проводит сеансы психотерапии. Но он должен владеть информацией об эффективности этого 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 при применении АД.

Роль психотерапии в лечении депрессивных симптомов и 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 ослабевают тяжелые проявления депрессии.

Психотерапия включает много разных направлений:

- психодинамическая,
- когнитивная,
- бихевиоральная,
- рационально-эмотивная,

- клиент-центрированная,
- телесно-ориентированная,
- психоаналитическая,
- экзистенциальная,
- гештальт-терапия,
- семейная и др.

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

## ГЛАВА 13. Медикаментозное лечение ДЭ.

### Использование АД в общей врачебной практике

Основным медикаментозным методом лечения ДЭ является применение антидепрессантов (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.

Рассмотрите возможность лечения АД, обсудив с пациентом и приняв общее решение о назначении АД.

#### **Необходимо сообщить пациенту следующую информацию:**

- В большинстве легких и в значительном количестве ДЭ средней тяжести можно ограничиться немедикаментозным лечением.
- 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, т. к. 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, что не следует самостоятельно прерывать лечение.

#### **Информация об АД для врачей**

**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, кломипрамин, тианептин;
- норадренергический и специфический серотонинергический АД (НасСА): миртазапин;
- мелатонинергический АД (МАСА): агомелатин.

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 – назначать 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 (сертралин, эсциталопрам, пароксетин),
    - 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. Выделяют следующие побочные эффекты: сухость во рту, запоры, спутанность сознания у пожилых, задержка мочи, тошнота, увеличение веса, сексуальная дисфункция.

Основными противопоказаниями к приему АД из групп ТЦА (амитриптилин, кломипрамин, тианептин) и ГЦА (миансерин, мапротилин) являются:

- острый и недавно перенесенный инфаркт миокарда,
- декомпенсированные пороки сердца,
- нарушения ритма и проводимости сердца,
- артериальная гипертензия 3-й 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:

- психэмоциональные: обострение тревоги, ажитация, раздражительность, агрессивность, нарушения сна. Чаще данные побочные эффекты возникают в первые 7–10 дней от начала приема СИОЗС;
- гастроэнтерологические: тошнота, рвота, диарея, запор, боли в животе, снижение аппетита;
- другие часто встречающиеся: 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 и др.);
- бензодиазепины (не более, чем на 3–4 недели),
- антипсихотики (хлорпротиксен и 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 среднесуточные дозы АД для применения в общей врачебной практике приведены в Приложении 9.

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 с другими препаратами необходимо учитывать их возможное взаимодействие.

Результаты межлекарственного взаимодействия АД с другими препаратами приведены в Приложении 10.



Основное внимание ВОП должен обращать на совместное назначение СИОЗС с варфарином,  $\beta$ -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,  $\beta$ -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 под влиянием веществ, ускоряющих метаболизм АД (противоэпилептические средства, барбитураты в форме валокордина и подобных ему безрецептурных лекарственных средств, алкоголь либо пищеварительные ферменты).

**7) Учитывать возраст пациента.** Если пациент молодого и среднего возраста и соматически здоров, выбор антидепрессантов максимально широк. Для 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 ишемическая болезнь сердца и нарушения сердечного ритма, артериальная гипертензия, сахарный диабет, аденома простаты), следует использовать АД из групп СИОЗС, СИОЗСиН. 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. Направьте на консультацию к врачу – психиатру-наркологу. Если симптомы сохраняются или ухудшаются, несмотря на психосоциальные вмешательства, рассмотрите возможность назначения флуоксетина (за исключением другого препарата из группы СИОЗС) или АД из группы ТЦА. При назначении флуоксетина попросите подростка приходить на прием еженедельно в течение первых 4-х недель для контроля на предмет суицидальных мыслей или планов.
- Беременные и кормящие грудью женщины. Направьте на консультацию к врачу – психиатру-наркологу. Старайтесь избежать назначения АД, особенно в первый триместр беременности. При невозможности избежать назначения АД используйте препараты из группы СИОЗС (прежде всего сертралин и флувоксамин). Желательно отменить АД за несколько недель до родов.

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

На первой неделе приема АД проявляется их седативный или 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, ажитации, 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 выписывать препараты в небольшом количестве и рекомендовать родственникам контролировать их хранение и прием.

Также желательно избегать назначения препаратов, с передозировкой которых связан риск летального исхода (например, ТЦА: амитриптилин и др.). Большинство антидепрессантов группы СИОЗС обладают 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.

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.

менее 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 с 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);
- на препарат из другого класса или с другим механизмом действия, что предпочтительнее (например, СИОЗС заменить на СИОЗСиН; ГЦА заменить на СИОЗС).

Если 3 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;
- тяжелый приступ депрессии, перенесенный пациентом за последние 3 года.

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

- недостаточная доза АД;
- недостаточная длительность лечения.

**15) Отменять АД постепенно.** Рекомендуются следующая схема отмены 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 комплаенса между ВОП 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.

## **ГЛАВА 14. Последующее наблюдение ВОП пациентов с ДЭ**

ВОП не ставит пациента с ДЭ на диспансерный учет. Тем не менее ВОП осуществляет последующее наблюдение таких пациентов. После первичного приема пациента, особенно после назначения АД, необходимо назначить ему повторный прием в течение одной недели.

Во время каждого последующего приема ВОП должен проводить немедикаментозное лечение (психообразование), оценивать возможные новые симптомы и реальный риск суицида.

### **При улучшении состояния пациента:**

- Убедите человека придерживаться плана лечения до тех пор, пока симптомы полностью не исчезнут и не будут проявляться в течение последующих 12 месяцев.
- Назначайте следующий прием через 1–2 недели, сократите количество визитов по мере улучшения симптомов, например, 1 раз в 3 месяца после первых 3-х месяцев.

### **При ухудшении состояния пациента:**

- Если АД не были назначены, рассмотрите возможность их назначения.
- Если пациент ещё не получает психологическую помощь, рассмотрите возможность психологического вмешательства.
- Если пациент принимает АД, оцените, принимает ли их правильно, есть ли побочные эффекты.
- Проведите следующее наблюдение в течение 1–2-х недель.

### **При эффективном лечении и отсутствии симптомов в течение 9–12 месяцев:**

- Обсудите факторы риска и преимущества прекращения курса лечения.
- Снижайте дозу лекарственного препарата постепенно на протяжении не менее 4-х недель.

## **ГЛАВА 15. Показания для направления пациентов с ДЭ 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 в области 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);
- оставление без стационарной помощи приведет к ухудшению состояния пациента.

Основные принципы диагностики, лечения, ведения пациентов с депрессией и суицидальным риском представлены в виде краткой памятки, выпущенной в свет отдельным изданием. Данную памятку удобно использовать в процессе приема пациента.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский, Ю.А. Психиатрия. Национальное руководство / Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1008 с.
2. Барышев, А.Н. Диагностика тревожных и депрессивных расстройств в общей врачебной практике: методические рекомендации / А.Н. Барышев, А.А. Кирпиченко. – Витебск, 2020. – 30 с.
3. Волель, Б.А. Алгоритмы диагностики и терапии психических расстройств в общемедицинской практике: учебное пособие / Б.А. Волель, Д.С. Петелин, Д.В. Романов [и др.]. – М., 2020. – 78 с.
4. Депрессивный эпизод, Рекуррентное депрессивное расстройство. Клинические рекомендации / Российское общество психиатров. – Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2021. – 72 с.
5. Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / сост. Н.В. Семенова ; под общ. ред. Н.Г. Незнанова. – Выпуск 2. – СПб.: Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2019. – 464 с.
6. 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.
7. Клинические рекомендации по оценке и лечению суицидального поведения [Электронный ресурс] / Американская психиатрическая ассоциация, Клиника психиатрии «Доктор САН» (Санкт-Петербург), научный интернет-портал «Психиатрия & Нейронауки». – URL: <https://psyandneuro.ru/wp-content/uploads/2019/02/KR-po-suicidalnomu-povedeniju.pdf>.
8. Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами : утв. приказом М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 31 дек. 2010 г. , № 1387.
9. Клинического протокол «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики» : утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 2 марта 2020 г., № 13.
10. Костюк, Г.П. Проблема диагностики и лечения депрессии врачами первичного звена / Г.П. Костюк, А.В. Масыкин, Л.А. Бурьгина, И.В. Реверчук // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 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. – Минск : БелМАПО, 2012. – 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. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 16 июля 2009 г., Регистрационный № 076-0709.
13. О мерах по оптимизации профилактики суицидов в Республике Беларусь : утв. приказом М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 22 апреля 2020 г. , № 480.
14. Об оказании психиатрической помощи : Закон Республики Беларусь от 11 нояб. 2019 г., № 255-3.

15. Об оказании психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи пациентам, перенесшим инфекцию COVID-19 : утв. приказом М-ва здравоохранения Респ. Беларусь 30 нояб. 2020 г., № 1265.
16. Попов, В.В. Депрессивные расстройства в общей врачебной практике: учебное пособие / В.В. Попов, М.В. Трохова, И.А. Новикова. – СПб. : СпецЛит, 2017. – 199 с.
17. Попов, М.Ю. Антидепрессивная терапия при депрессивных и тревожных расстройствах, коморбидных соматической патологии: учебное пособие / М.Ю. Попов, В.Л. Козловский. – СПб. : Санкт-Петербургский науч.-исслед. психоневрологич. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2015. – 58 с.
18. Предотвращение самоубийств. Глобальный императив [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения // WHO, 2014. – URL: [https:// www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_suicide\\_report\\_russian.pdf](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_suicide_report_russian.pdf).
19. 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 [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро, 2018. – URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333971>.
20. Depression and Other Common Mental Disorders [Электронный ресурс] // WHO. – URL: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/prevalence\\_global\\_health\\_estimates/en](http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en).
21. Depression. The treatment and management of depression in adult (updated edition). National Clinical Practice Guideline [Электронный ресурс] / National Collaborating Centre for Mental Health. – URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf-4840934509>.
22. Depression [Электронный ресурс] // WHO. – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
23. Enhancing mental health pre-service training with the mhGAP Intervention Guide: experiences and lessons learned [Электронный ресурс] // WHO. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240007666>.
24. Louise, B. Andrew. Depression and Suicide [Электронный ресурс] // Medscape. – URL: <https://emedicine.medscape.com/article/805459-overview>.
25. Shimada, F. Anxiety and depression in general practice outpatients: the long-term change process / F. Shimada, Y. Ohira [et al.] // International Journal of General Medicine. – 2018. – Vol. 11. – P. 55–63.
26. Stubbs, B. Depression and physical health multimorbidity: primary data and countrywide meta-analysis of population data from 190 593 people across 43 low- and middleincome countries / B. Stubbs, D. Vancampfort [et al.] // Psychological Medicine. – 2017. – Vol. 47, № 12. – P. 2107–2117.
27. Suicide prevention and first aid: A resource for GPs General Practice [Электронный ресурс] / Mental Health Standards Collaboration (GPMHSC). – URL: <https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Education/GPs/GPMHSC/Suicide-prevention-and-first-aid-a-resource-for-GPs.pdf>.



## 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, затем суммируйте баллы выбранных утверждений для каждой части отдельно.

© Горизонтальная шкала ответов. Belsens Ltd.,2022

### Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе:

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

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

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

3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове:

3	2	1	0
постоянно	большую часть времени	время от времени и не так часто	только иногда

4. Я легко могу сесть и расслабиться:

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

5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь:

3	2	1	0
очень часто	часто	иногда	совсем не испытываю

6. Я испытываю неуверенность, мне постоянно нужно двигаться

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

7. У меня бывает внезапное чувство паники

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

## Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

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

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

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

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

3. Я испытываю бодрость:

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

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

3	2	1	0
практически все время	часто	иногда	совсем нет

5. Я не слежу за своей внешностью:

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

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

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

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

3	2	1	0
очень редко	редко	иногда	часто

## Оценка результата

Суммарный балл	Оценка результата
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.	0 – У меня нет чувства, что я в чем-то хуже других. 1 – Я самокритичен и признаю свои слабости и ошибки. 2 – Я все время виню себя за свои ошибки. 3 – Я виню себя за все плохое, что происходит.
9.	0 – У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой. 1 – У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не делаю. 2 – Я хотел бы покончить жизнь самоубийством. 3 – Я бы покончил с собой, если бы представился удобный случай.
10.	0 – Я плачу не больше, чем обычно. 1 – Сейчас я плачу больше обычного. 2 – Я теперь все время плачу. 3 – Раньше я еще мог плакать, но теперь не смогу, даже если захочу.
11.	0 – Сейчас я не более раздражителен, чем обычно. 1 – Я раздражаюсь легче, чем раньше, даже по пустякам. 2 – Сейчас я все время раздражен. 3 – Меня уже ничто не раздражает, потому что все стало безразлично.

12.	0 – Я не потерял интереса к другим людям. 1 – У меня меньше интереса к другим людям, чем раньше. 2 – Я почти утратил интерес к другим людям. 3 – Я потерял всякий интерес к другим людям.
13.	0 – Я способен принимать решения так же, как всегда. 1 – Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно. 2 – Я испытываю больше трудностей в принятии решений, чем прежде. 3 – Я больше не могу принимать каких-либо решений.
14.	0 – Я не чувствую, что я выгляжу хуже, чем обычно. 1 – Я обеспокоен, что выгляжу постаревшим и непривлекательным. 2 – Я чувствую, что изменения, происходящие в моей внешности, сделали меня непривлекательным. 3 – Я уверен, что выгляжу безобразным.
15.	0 – Я могу работать так же, как раньше. 1 – Мне надо приложить дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать. 2 – Я с большим трудом заставляю себя что-либо сделать. 3 – Я вообще не могу работать.
16.	0 – Я могу спать так же хорошо, как и обычно. 1 – Я сплю не так хорошо, как всегда. 2 – Я просыпаюсь на 1–2 часа раньше, чем обычно, и с трудом могу заснуть снова. 3 – Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и не могу снова заснуть.
17.	0 – Я устаю не больше обычного. 1 – Я устаю легче обычного. 2 – Я устаю почти от всего того, что делаю. 3 – Я слишком устал, чтобы делать что бы то ни было.
18.	0 – Мой аппетит не хуже, чем обычно. 1 – У меня не такой хороший аппетит, как был раньше. 2 – Сейчас мой аппетит стал намного хуже. 3 – Я вообще потерял аппетит.
19.	0 – Если в последнее время я и потерял в весе, то очень немного. 1 – Я потерял в весе более 2 кг. 2 – Я потерял в весе более 4 кг. 3 – Я потерял в весе более 6 кг.
20.	0 – Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно. 1 – Меня беспокоят такие проблемы, как различные боли, расстройства желудка, запоры. 2 – Я настолько обеспокоен своим здоровьем, что мне даже трудно думать о чем-нибудь другом. 3 – Я до такой степени обеспокоен своим здоровьем, что вообще ни о чем не могу думать.
21.	0 – Я не замечал каких-либо изменений в моих сексуальных интересах. 1 – Я меньше, чем обычно, интересуюсь сексом. 2 – Сейчас я намного меньше интересуюсь сексом. 3 – Я совершенно утратил интерес к сексу.

### Оценка результата

Суммарный балл	Оценка результата
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

[HDRS-17 – Hamilton Rating Scale for Depression]

**Инструкция:** выберите одно утверждение в каждой группе, которое лучше всего описывает Ваше состояние за прошедшую неделю, за исключением пп. 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 3-х 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 – Суебливость

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	Ключ (интерпретация)
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 Монтгомери – Асберг для оценки депрессии (MADRS)

© Горизонтальная шкала ответов. Belsens Ltd., 2022

**Инструкция:** Выберите одно из указанных утверждений.

Если вы затрудняетесь с ответом, выберите одно из промежуточных состояний, в которых указаны баллы 1, 3, 5.

### 1 – Объективные признаки пониженного настроения

Проявления угнетенности, уныния, отчаяния (более выраженные, чем при обычном проходящем «плохом настроении»), проявляющиеся в речи, мимике и позе. Оцениваются в соответствии с глубиной и стойкостью снижения настроения.

0	1	2	3	4	5	6
Подавленность отсутствует		Выглядит подавленным, но легко оживляется		Выглядит печальным и несчастным большую часть времени		Постоянно выглядит угнетенным. Чрезвычайно подавлен.

### 2 – Субъективные признаки подавленности

Сообщение пациента о депрессивном настроении, независимо от того, насколько оно проявляется внешними признаками. Включает упадок духа, угнетенность или чувство беспомощности и безнадежности. Оценивается в соответствии с интенсивностью, продолжительностью или степенью того, насколько, по описанию пациента, сниженное настроение связано с внешними событиями.

0	1	2	3	4	5	6
Эпизодическая подавленность, связанная с обстоятельствами		Печален или подавлен, но легко отвлекается		Глубокое чувство угнетенности или уныния; настроение еще подвержено влиянию внешних обстоятельств		Постоянное и неизменное чувство подавленности, отчаяния

### 3 – Внутреннее напряжение

Чувство болезненного дискомфорта, смятения, раздражения, психического напряжения, доходящего до паники, сильного страха или душевной боли.

0	1	2	3	4	5	6
Спокоен. Лишь мимолетное внутреннее напряжение		Эпизодически испытывает раздражение и ощущение болезненного дискомфорта		Стойкое чувство внутренней напряженности или эпизодическая паника, которая требует усилий для ее преодоления		Неослабевающий страх или душевная боль. Непреодолимая паника



#### 4 – Нарушения сна

Уменьшение продолжительности или глубины сна в сравнении с привычными для пациента характеристиками сна.

0	1	2	3	4	5	6
Сон не нарушен		Незначительное затруднение засыпания или несколько укороченный, поверхностный или прерывистый сон		Сон укорочен не менее, чем на 2 часа		Продолжительность сна менее 2–3 часов

#### 5 – Снижение аппетита

Чувство утраты аппетита. Оценивается в соответствии со степенью утраты желания поесть или усилий заставить себя принять пищу.

0	1	2	3	4	5	6
Нормальный или повышенный аппетит		Несколько сниженный аппетит		Отсутствие аппетита. Пища не имеет вкуса		Необходимо принуждение для приема пищи

#### 6 – Нарушения концентрации внимания

Трудности собраться с мыслями вплоть до утраты способности сконцентрироваться. Оценивается в соответствии с интенсивностью, частотой и степенью утраты способности сконцентрировать внимание.

0	1	2	3	4	5	6
Нет трудностей концентрации		Эпизодически трудно собраться с мыслями		Затруднения концентрации и длительного сосредоточения со снижением способности читать или вести беседу		Утрата способности читать или вести беседу без значительных усилий

#### 7 – Усталость

Затруднения начать какую-либо деятельность или замедленность начала и выполнения повседневной деятельности

0	1	2	3	4	5	6
Трудности в начале деятельности сомнительны, отсутствие замедленности		Затруднение начать активную деятельность		Трудности начать рутинные действия, сопряженные с затратой сил		Сильная вялость, неспособность делать хоть что-нибудь без помощи

#### 8 – Неспособность испытывать чувства

Субъективное ощущение снижения интереса к окружающему или деятельности, обычно доставляющим удовольствие. Снижение способности адекватно эмоционально реагировать на внешние события или людей.

0	1	2	3	4	5	6
Нормальный интерес к окружающему и людям		Снижение способности получать удовольствие от обычных интересов		Утрата интереса к окружающему, утрата чувств к друзьям и близким		Явления эмоционального паралича, неспособность испытывать гнев, горе

## 9 – Пессимистические мысли

Идеи собственной вины, малоценности, самоуничтожения, греховности или раскаяния.

0	1	2	3	4	5	6
Отсутствие пессимистических мыслей		Эпизодические мысли о собственной неспособности добиваться успеха, самоупреки и самоуничтожение		Постоянное самообвинение или конкретные, но еще сохраняющие рациональность, идеи вины или греха. Нарастающая пессимистическая оценка будущего		Бредовые идеи полного краха, раскаяния или неискупемого греха; абсурдное и непоколебимое самообвинение

## 10 – Суицидальные мысли

Чувство, что жить больше не стоит, что естественная смерть – желаемый исход; мысли и приготовления к самоубийству. Суицидальные попытки сами по себе не должны изменять оценку.

0	1	2	3	4	5	6
Доволен жизнью или принимает ее такой, какая она есть		Усталость от жизни. Лишь мимолетные суицидальные мысли		Возможно лучше было бы умереть; суицидальные мысли становятся привычными, а самоубийство рассматривается как возможный способ решения проблем при отсутствии конкретных суицидальных планов или намерений		Конкретное планирование самоубийства при первой возможности; активные приготовления к самоубийству

## Оценка результата

Суммарный балл	Ключ (интерпретация):
0 – 6	норма
7 – 19	легкое депрессивное расстройство
20 – 34	депрессивное расстройство средней степени тяжести
более 34 баллов	депрессивное расстройство тяжелой степени

**Шкала оценки риска суицида  
(The SAD PERSONS Scale, Patterson et al., 1983)**

<b>Фактор</b>		<b>Значение</b>
<b>Sex</b>	Пол	1 – мужской; 0 – женский
<b>Age</b>	Возраст	1 – < 19 или > 45
<b>Depression</b>	Депрессия	1 – если есть
<b>Previous attempt</b>	Парасуициды в анамнезе	1 – если есть
<b>Ethanol abuse</b>	Злоупотребление алкоголем	1 – если есть
<b>Rational thinking loss</b>	Нарушение рационального мышления (бред, галлюцинации, фиксация на потере, депрессивное сужение восприятия)	1 – шизофрения, расстройство настроения, когнитивные нарушения
<b>Social support lacking</b>	Недостаток социальной поддержки (проживание в одиночестве, тяжелые нарушенные отношения, непринимаящее социальное окружение)	1 – если присутствует, особенно при недавней потере «значимого другого»
<b>Organized plan</b>	Организованный план суицида	1 – если есть, а избранный метод потенциально летален
<b>No spouse</b>	Отсутствие супруги (супруга)	1 – разведен, вдов, отделен, проживает в одиночестве
<b>Sickness</b>	Болезнь	1 – если есть тяжелая, хроническая, инвалидизирующая

**Суммарный балл, риск и тактика ВОП**

Общий балл	Риск	Предполагаемое действие ВОП
0–2	низкий	Амбулаторное наблюдение.
3–4	средний	Амбулаторное наблюдение с частыми встречами (1–3 раза в неделю); дневной стационар; рассмотреть возможность госпитализации. Консультация врача – психиатра-нарколога.
5–6	высокий	Рекомендовать госпитализацию, если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении (психиатрическая и социальная службы, родственники). Консультация врача – психиатра-нарколога.
7–10	очень высокий	Госпитализация, в т. ч. принудительная.

## **Информация и рекомендации для пациента с ДЭ или депрессивными симптомами и членов его семьи**

### **Ключевая информация для пациентов, членов семьи пациента с ДЭ и лиц, осуществляющих уход**

Объяснить пациенту после расспроса и обследования механизм возникновения различных симптомов ДЭ.

- Депрессия – очень распространенное заболевание, которое может поразить любого человека.
- У 60 % пациентов симптомы ДЭ проходят без лечения через 6 месяцев.
- Негативное отношение окружающих («Возьмите себя в руки» и т. д.) происходит из-за того, что ДЭ нельзя определить по внешним признакам.
- У людей с ДЭ чрезмерно отрицательное мнение о себе, своей жизни и будущем. Негативные мысли начнут исчезать по мере лечения депрессии.
- Для людей с ДЭ характерны мысли о самоповреждении или самоубийстве. Если такие мысли присутствуют, их нельзя осуществлять, но следует рассказать о них и немедленно обратиться за помощью.

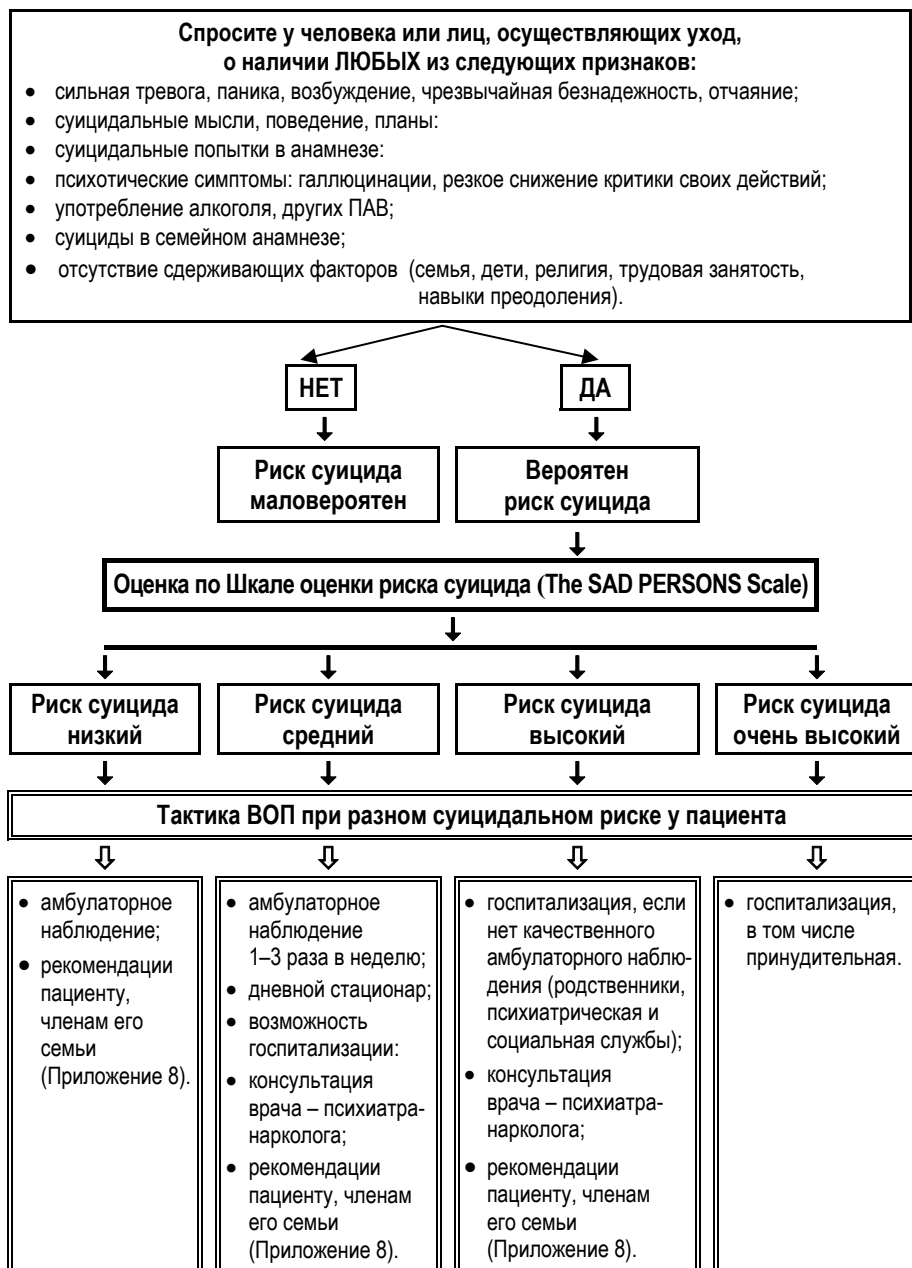
### **Снижайте стресс и укрепляйте социальную поддержку:**

- Выявите и обсудите актуальные психосоциальные проблемы, которые вызывают стресс у человека (проблемы в семейной жизни, на работе, финансовые, жилищные проблемы, стигму, бытовое насилие, жестокое обращение, трудности в связи с рождением ребенка и т. д.). Обсудите возможные методы решения проблем.
- Установите социальную поддержку, определите близких, которые могут оказать поддержку, попытайтесь восстановить социальные связи.
- Определите возможность возобновления общественных связей (общение с соседями, семейные праздники, религиозная деятельность и др.).
- Научите справляться со стрессом, например, методом релаксации.

### **Стимулируйте функционирование в повседневной деятельности и общественной жизни, посоветовав пациенту:**

- возобновить деятельность, которая раньше доставляла удовольствие;
- восстановить режим сна и бодрствования: ложиться и вставать в одно время;
- быть активными, насколько это возможно: бывать на воздухе не менее 45 минут 3 раза в неделю;
- питаться регулярно, несмотря на нестабильный аппетит;
- проводить больше времени в кругу семьи, принимать участие в общественной деятельности.

## Алгоритм оценки риска суицида у пациентов с ДЭ и тактика ВОП



## 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 – психиатр-нарколог, врач-психотерапевт).
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, независимо 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 в области психического здоровья за получением помощи в решении собственных эмоциональных проблем, а также для консультации по правилам общения с человеком, имеющим риск суицида.

### **Рекомендации пациенту 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 совершении 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 и 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.

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

	Международное название АД	Рекомендуемые дозы АД, мг/сут*	Группы АД	Международное название АД	Рекомендуемые дозы АД, мг/сут*
СИОЗС	Сертралин	50 – (100 [9]) 150	СИОЗСиН	Венлафаксин	75 – 225
	Пароксетин	от 5 – 10 [9] до 20 – 40		Дулоксетин	60 – 90
	Флувоксамин	50 – 100 (150 [9])	ТЦА	Амитриптилин	50 – 75
	Эсциталопрам	5 (10 [9]) – 15 (20 [9])		Кломипрамин	50 – 75
	Циталопрам	(10 [9]) 20 – 40		Тианептин	37,5
	Флуоксетин	20 – 40 [9]	НАССА	Миртазапин	30 – 45
ГЦА	Миансерин	30 – 60	МАССА	Агомелатин	25 – 50
	Мапротилин	(50 [9]) 75 – 100 (150 [9])			

\* Лечение АД следует начинать с минимальной дозы (1/2–1/4 таблетки), повышать дозу постепенно, достигая средней терапевтической на 2–3-й неделе приема.

**Приложение 10**

**Результаты межлекарственного взаимодействия АД с другими препаратами**

Группы АД	Группы препаратов	Результат взаимодействия
ТЦА, ГЦА	Противосудорожные (карбамазепин)	Ослабление эффекта АД и 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, СИОЗСиН	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



## Оглавление

Введение .....	3
Глава 1. Депрессивные симптомы и депрессивные расстройства: определения .....	4
Глава 2. Этиология и факторы риска депрессии .....	6
Глава 3. Клиническая картина, диагностические критерии, особенности течения ДЭ .....	9
Глава 4. Сбор анамнеза и дополнительное обследование пациента с ДЭ .....	11
Глава 5. Оценка степени тяжести ДЭ и тактика ВОП .....	12
Глава 6. Суицидальный риск и его оценка при ДЭ. Тактика ВОП .....	14
Глава 7. Причины низкой выявляемости ДЭ врачами общей практики .....	19
Глава 8. Сигнальные симптомы и клинические ситуации для диагностики ДЭ .....	20
Глава 9. Диагностика, дифференциальная диагностика ДЭ, тактика ВОП ....	21
Глава 10. Лечение ДЭ в общей врачебной практике .....	24
Глава 11. Немедикаментозное лечение пациентов с ДЭ. Психообразование	25
Глава 12. Немедикаментозное лечение пациентов с ДЭ. Психотерапия .....	26
Глава 13. Медикаментозное лечение ДЭ. Использование АД в общей врачебной практике .....	28
Глава 14. Последующее наблюдение ВОП пациентов с ДЭ .....	35
Глава 15. Показания для направления пациентов с ДЭ на консультацию к психотерапевтам, психиатрам-наркологам и на госпитализацию ...	36
Список литературы .....	37
Приложение 1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии .....	39
Приложение 2. Шкала депрессии Бека .....	41
Приложение 3. Шкала Гамильтона для оценки депрессии .....	43
Приложение 4. Шкала Монтгомери – Асберг для оценки депрессии .....	46
Приложение 5. Шкала оценки риска суицида. Тактика ВОП .....	49
Приложение 6. Информация и рекомендации для пациента с ДЭ или депрессивными симптомами и членов его семьи .....	50
Приложение 7. Алгоритм оценки риска суицида у пациентов с ДЭ и тактика ВОП .....	51
Приложение 8. Рекомендации пациенту с риском суицида и членам его семьи .....	52
Приложение 9. Рекомендуемые средние терапевтические дозы АД для применения в общей врачебной практике .....	54
Приложение 10. Результаты межлекарственного взаимодействия АД с другими препаратами .....	54

*Производственно-практическое издание*

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**о порядке организации оказания медицинской помощи**  
**пациентам с депрессией**

(для врачей общей практики, медицинских сестер  
и помощников врачей первичной медицинской помощи)

Редактор

С.Н. Беляковский

Корректоры

А.С. Симанькова

Подписано в печать 27.09.2022 г. Формат 60х90/16.

Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman. Печать офсетная.

Усл. печ. л. 3,5. Уч.-изд. л. 2,75. Тираж 1020 экз. Заказ 1322 [7 LTA WHO 2021]

Издатель и полиграфическое исполнение – **ООО «Белсэнс»**

Свидетельства о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/384 от 01.07.2014 г. № 3/677 от 23.07.2014 г.

Беларусь, 220029, г. Минск, ул. Чичерина 19, офис 202

тел./факс + 375 17 378-4-378 e-mail: order@belsens.by



### Рассматриваемые распространенные состояния (код по МКБ-10):

1	Депрессивный эпизод	F32
-2	Рекуррентное депрессивное расстройство	F33
-3	Смешанное тревожно-депрессивное расстройство	F41.2
-4	Дистимия	F34.1
-5	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом	F53
6	Органические расстройства настроения	F06.3

### Основные положения

- Депрессия – распространенное нарушение психического здоровья.  
По оценкам, во всем мире от депрессии страдает 5 % взрослого населения.
- Депрессия – одна из основных причин нетрудоспособности во всем мире и вносит большой вклад в общее глобальное бремя болезни.
- От депрессии женщины страдают чаще, чем мужчины.
- Депрессия может привести к самоубийству.
- Существуют эффективные методы лечения легкой, умеренной и тяжелой депрессии.

ISBN 978-985-7179-20-6



9 789857 179206

Инструкция о порядке организации оказания медицинской помощи пациентам с депрессией описывает общие принципы диагностики, лечения, ведения пациентов с депрессией, суицидальным риском на этапе первичной медицинской помощи.

Целью инструкции является содействие своевременному выявлению, эффективному лечению и профилактике депрессии и суицидального риска.