Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению Биполярного аффективного расстройства у взрослых (проект)

Ноябрь 2013 г.

Авторы проекта: Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Цукарзи Э.Э.

Оглавление

1. Общие положения 3
2. Методология разработки протокола 4
3. Сокращения и условные обозначения 5
4. Определение, диагностика, клинические признаки и варианты течения 6
   4.1 Определение, эпидемиология, этиология и патогенез 6
   4.2 Общие принципы диагностики 7
   4.3 Клинические ориентиры для возможной диагностики БАР 7
   4.4 Клинические признаки, уменьшающие вероятность диагноза БАР 10
   4.5 Критерии диагноза БАР по МКБ-10 10
   4.6 Варианты клинического течения 18
   4.7 Дифференциальный диагноз 19
5. Установление первичного диагноза и обследование больных 20
   5.1 Первичное обследование 20
   5.2 Оценка суицидального риска и суицидального поведения 21
   5.3 Дополнительные методы обследования 23
6. Лечение БАР 24
   6.1 Купирующая терапия 24
      6.1.1 Купирующая терапия маниакальных и смешанных состояний 24
         6.1.1.1 Ведение больного с психомоторным возбуждением и агрессивностью 30
      6.1.2 Купирующая терапия депрессии при БАР 33
         6.1.2.1 Ведение больного с суицидальным поведением 38
   6.2. Профилактическая (противорецидивная) терапия БАР 40
      6.2.1 Тактика и этапы профилактической

(противорецидивной) фармакотерапии БАР 45

6.2.2 Тактика и этапы терапии больных с континуальным и быстроциклическим течением 50

6.3 Ведение пациенток в период беременности 56

6.4 Психотерапия, психообразование и социально-реабилитционные мероприятия 65

7 Заключение 68

Приложения

Приложение 1. Карта самостоятельной регистрации колебаний настроения 71

Приложение 2 . Лист самоотчета 74

Приложение 3. HCL-32 Жизненный тонус, активность и настроение 77

Приложение 4. Шкала мании Янга (описание) 81

Приложение 5: Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HAM-D-17 пунктов) 85

Приложение 6.Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS) 92

Приложение 7. Шкала Монтгомери – Асберг для оценки депрессии – MADRS 98

1. Общие положения

Клинические рекомендации определяют основные правила ведения больных Биполярным аффективным расстройством (БАР) на последовательных этапах оказания психиатрической помощи в соответствии с требованиями медицины, основанной на доказательствах. Рекомендуются те методы и препараты, которые имеют убедительные доказательства преимуществ в безопасности, эффективности перед другими, что улучшает соотношение «затраты-эффективность» лечебно-профилактических мероприятий. Это не означает, что другие методы терапии, в том числе давно используемые в клинической практике, неэффективны и не могут применяться. Отсутствие или низкий уровень рекомендации таких методов часто связан с недостатком или отсутствием исследований, проведенных в соответствии с современной методологией доказательной медицины.

Актуальность разработки клинических рекомендаций БАР связана с:

недостаточной диагностикой и низкой выявляемостью;

высокой коморбидностью с психическими (расстройства зависимости, тревожные, личностные расстройства и др.) и соматическими заболеваниями;

недостаточной осведомленностью врачей-психиатров о результатах клинических исследований и рекомендациях по применению отдельных методов терапевтического вмешательства, полученных на основе методологии доказательной медицины;

существенными отличиями рекомендованной («надлежащей») и реальной (повседневной) практики диагностики и лечения;

высокой преждевременной смертностью больных вследствие суицидов, травматических повреждений и соматических заболеваний;

высоким экономическим бременем затрат государства и семьи, связанных с содержанием, лечением и ведением больных.

Цель настоящих рекомендаций – повышение качества обслуживания больных БАР в специализированных лечебно-профилактических учреждениях при обеспечении надлежащего объема психиатрической помощи.

Настоящее издание ограничивается освещением помощи только больным БАР (F-31 по МКБ-10). Помощь больным с остальными расстройствами биполярного спектра, в том числе Циклотимией, требует отдельного рассмотрения, также как и рассмотрение особенностей ведения больных в других возрастных категориях и в специальных клинических ситуациях.

2. Методология разработки протокола

Методы, использованные для сбора и анализа доказательств:
поиск в современных руководствах, международных клинических рекомендациях и электронных базах данных, обзоры опубликованных мета-анализов, систематические обзоры с таблицами доказательств. Фармакоэкономический анализ и валидизация рекомендаций не проводились.

Рекомендации снабжены **четырехуровневой системой оценки доказательств**, согласно иерархии достоверности научных данных (при этом следует иметь в виду, что невысокий уровень доказательности – не всегда свидетельство ненадежности данных):

A. Доказательства получены на основе хорошо спланированных РКИ с воспроизводимыми результатами. Получено подтверждение в мета-анализах.

B. Доказательства получены на основе ограниченного числа рандомизированных контролируемых исследований с неоднородными результатами и (или) несовершенством методологии и (или) недостаточным количеством пациентов.

C. Доказательства получены, преимущественно, на основе открытых, нерандомизированных исследований или на основе РКИ с противоречивыми результатами. Опубликованы сведения об успешном клиническом применении.

D. Метод/лекарственный препарат относится к разряду экспериментальных. Достоверных доказательств эффективности в настоящее время не получено. Рекомендации к применению основаны только на консенсусе экспертов.

3. Сокращения и условные обозначения

АВП — антипсихотик второго поколения

АД — антидепрессанты

АМИ — амисульприд

АПП — антипсихотик первого поколения

АРИ — арипипразол

БАР — биполярное аффективное расстройство

БД — биполярная депрессия

БТ – быстрая транквилизация

БЦ — быстроциклическое течение

ВАЛ — вальпроат натрия

ГАБ – габапентин

ИМАО – ингибиторы моноаминооксидазы

КАР — карбамазепин

КВЕ — кветиапин

КЛО – клозапин

КТ – компьютерная томография

ЛАМ — ламотриджин

ЛИ — соли лития

МРТ – магниторезонансная томография

МС – маниакальные состояния

ОИМАО – обратимые ингибиторы моноаминооксидазы

ОКС — окскарбамазепин

ОЛА — оланзапин

ПАВ – психоактивные вещества

ПАЛ — палиперидон

РИС — рисперидон

РКИ – рандомизированные контролируемые исследования

РЭГ - реоэнцефалография

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам)

СИОЗСН - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (милнаципран, дулоксетин, венлафаксин)

СТ — сочетанная терапия

ТОП — топирамат

ТТГ – тиреотропный гормон

ЭКГ - электрокардиография

Эхо-ЭГ – ультразвуковая энцефалография

ЭЭГ - электроэнцефалография

ЭСТ — электросудорожная терапия

4. Определение, диагностика, клинические признаки и варианты течения

4.1 Определение, эпидемиология, этиология и патогенез

Биполярное аффективное расстройство (БАР) является хроническим рецидивирующим заболеванием из категории психических расстройств аффективной сферы. БАР характеризуется маниакальными, депрессивными и смешанными эпизодами, симптоматика которых, как правило, полностью редуцируется в периоды ремиссий. Имеет хроническое рецидивирующее течение. Заболевание, как правило, манифестирует в молодом возрасте или в позднем пубертате (до 20 лет), то есть существенно раньше по сравнению с дебютом рекуррентной депрессией.

Распространенность БАР составляет от 0,5 до 2% (в среднем около 1%), риск развития в течение жизни достигает 5%, а с учетом субсиндромальных форм — до 12%. Существенных географических или этнических различий в показателях заболеваемости не установлено. Расстройство чаще встречается у женщин, чем у

мужчин, в соотношении примерно 3:2 (при рекуррентной депрессии — 2:1). Риск завершенного суицида составляет 20% на протяжении жизни, что в 20—30 раз выше, чем в популяции, и выше, чем при рекуррентной депрессии.

Этиология и патогенез БАР до конца не ясны. Представления об этиологии основаны преимущественно на генетической теории. У родственников первой линии обнаруживается накопление числа случаев униполярной депрессии и БАР. Результаты генетических, биологических исследований медиаторных и нейроэндокринных структур, теоретические физиологические модели и психосоциальные теории дают возможность предполагать, что заболевание имеет сложную этиологию. Отдельные предрасполагающие генетические и биологические факторы взаимодействуют с влияниями внешней среды и различными психосоциальными факторами. По сравнению с шизофренией влияние на развитие заболевания средовых факторов (патология беременности и родов или проживание в крупных городах) менее достоверно. Раннее начало и несвоевременная диагностика увеличивают риск формирования коморбидных психических расстройств и утяжеляют течение БАР.

4.2 Общие принципы диагностики

Диагноз БАР устанавливается исключительно на основании клинической картины. Важной особенностью является отсутствие лабораторных или инструментальных исследований, которые могли бы помочь установить диагноз БАР. Поэтому основой диагностики являются выявление соответствующих жалоб больного, клиническая психиатрическая оценка текущего статуса, изучение субъективных (со слов пациента) и объективных (со слов родственников пациента или его ближайшего окружения) анамнестических данных. Важнейшим фактором диагностики является сбор субъективных и объективных анамнестических сведений, направленный на выявление аффективных фаз (депрессий и маний) на протяжении жизни с оценкой их тяжести, частоты, степени влияния на социальную адаптацию пациента, а также выявление и характеристика интермиссий или ремиссий. Крайне важным для диагностики является исключение причинно-следственной связи в развитии аффективных фаз с приемом ПАВ или какими-либо соматическими заболеваниями.

4.3 Клинические ориентиры для возможной диагностики БАР:

А. Присутствие симптомов аффективного эпизода (депрессивного, маниакального или смешанного синдрома) в текущем статусе пациента.

Депрессивный синдром может иметь различную степень тяжести – от субдепрессии до тяжелой депрессии. Наличие психотических симптомов в структуре депрессивного синдрома не исключает диагноза БАР. Тяжелый депрессивный эпизод может дополняться бредом, галлюцинациями или депрессивным ступором. Бредовые идеи чаще имеют фабулу греховности, обнищания, грозящих несчастий, за которые несет ответственность больной. Слуховые галлюцинации, как правило, присутствуют в виде обвиняющих или оскорбляющих голосов; обонятельные — в виде запахов загнивающей грязи или плоти. Выраженная психомоторная заторможенность может перейти в ступор. Психотические симптомы могут быть ***конгруентными настроению*** (бред и галлюцинации целиком или большей частью определяются чувством греха, вины, идеями малоценности, обнищания, ущерба, надвигающейся беды и др.) и ***неконгруентными настроению*** (бред и галлюцинации целиком или большей частью отличаются аффективно нейтральной тематикой, например, идеями отношения или преследования без чувства вины или либо нейтральной галлюцинаторной симптоматикой).

Маниакальный синдром может иметь различную степень тяжести от гипомании до тяжелой мании с психотическими симптомами. ***При гипомании*** выраженной социальной дезадаптации не наступает. Критика к состоянию, как в острый период, так и по его завершении, как правило, отсутствует. ***При мании умеренной тяжести или тяжелой*** имеется выраженная социальная дезадаптация. Наличие психотических симптомов в структуре маниакального синдрома не должно исключать диагноз БАР. Психотические симптомы могут быть конгруентными аффекту и неконгруентными. Психотические симптомы, конгруентные аффекту, — это, например, маниакальный бред величия, особого происхождения или «голоса», сообщающие больному о его «сверхчеловеческих способностях» и др. Неконгруентные — могут включать аффективно нейтральные галлюцинации, бред отношения без элементов, бред значения или преследования, «голоса», беседующие с больным о событиях, не имеющих эмоционального значения и др.

Наиболее часто встречающиеся варианты клинической картины маниакального синдрома:

Классическая (веселая) мания - классическая маниакальная триада: повышенное настроение, ускорение ассоциативных процессов (ускорение речи,

«скачка идей») и чрезмерное стремление к деятельности (психомоторное возбуждение, ажитация). Пациентам свойственна излишняя веселость, неоправданный оптимизм, повышенная отвлекаемость (неспособность удержать внимание в рамках одной темы), поверхностность суждений. Больные испытывают прилив сил и энергии, появлется ощущение «сверхздоровья», уменьшается потребность во сне, мышление их ускорено, часто присутствует, сбивчивость речи («скачка идей»), достигающая бессвязности, а также речь в виде монолога.

Гневливая мания - на первый план выходят раздражительность, придирчивость, проявления агрессии, дисфорический характер настроения.

Смешанный аффективный эпизод характеризуется одномоментным существованием гипоманиакальных или маниакальных и депрессивных симптомов, длящихся не менее 2 недель, или их быстрым (в течение нескольких часов) чередованием. Расстройства у больного могут быть достаточно выраженными, что приводит к значительной социальной и профессиональной дезадаптации и госпитализации. Симптоматика часто включает гиперактивность, бессонницу, нарушения аппетита, психотические черты и суицидальные мысли. Смешанные состояния — это не только внезапный порыв веселья во время меланхолического состояния, не только глубокая грусть на несколько часов у маниакально-экзальтированного больного, это — меланхолические мысли при двигательном и речевом возбуждении или же веселое настроение при глубоком ступоре. Непродуктивная мания, маниакальный ступор, депрессия со «скачкой идей», ажитированная депрессия являются проявлениями смешанных состояний. Среди клинических вариантов в рамках современных операциональных диагностических критериев при наличии 2 и более симптомов аффективного состояния противоположного полюса отдельно выделяют смешанные депрессии и смешанные мании. Смешанные состояния обычно сопровождаются общей эмоциональной (динамической) нестабильностью и при них чаще наблюдается появление психотической (галлюцинаторно-бредовой) и другой гетерогенной психопатологической симптоматики. Смешанные состояния часто развиваются в процессе инверсии фазы и могут быть предвестником развития неблагоприятного быстроциклического течения БАР.

Б. Данные анамнеза или медицинской документации о наличии хотя бы одного депрессивного эпизода и одного маниакального (гипоманиакального) или смешанного эпизода. Развитие симптомов не связано с прямым физиологическим влиянием ПАВ или лекарственных препаратов, а также интоксикационными

воздействиями или органическими заболеваниями ЦНС. Аффективные фазы, как правило, развиваются аутохтонно и имеют тенденцию к спонтанному разрешению. Интермиссия, формирующаяся вслед за завершением фазы, характеризуется эутимным настроением и появлением критики к перенесенному болезненному эпизоду.

4.4 Клинические признаки, уменьшающие вероятность диагноза БАР

- злоупотребление ПАВ в анамнезе
- наличие органического заболевания ЦНС
- наличие эндокринопатий (в т.ч. нарушение функции щитовидной железы)
- развитие симптоматики только в ответ на тяжелую психотравмирующую ситуацию
- отсутствие полноценных интермиссий и ремиссий на протяжении заболевания
- сохранение психотической симптоматики перенесенного эпизода в периоды ремиссий
- отсутствие критики к перенесенному состоянию в периоды ремиссий.

4.5 Установка диагноза БАР по критериям МКБ-10

В соответствии с МКБ-10 диагноз ставится при наличии в течении заболевания хотя бы одного маниакального или смешанного эпизода.*

* Примечание.

В зарубежной литературе различают БАР- I и БАР-II типа. Американская классификация DSM-IV выделяет биполярное аффективное расстройство I типа (наличие хотя бы одного развернутого маниакального или смешанного эпизода и одной депрессии) и II типа (наличие хотя бы одного гипоманиакального эпизода и одного депрессивного при отсутствии в анамнезе развернутых маниакальных состояний). Биполярное аффективное расстройство II типа — самостоятельное заболевание с крайне низкой вероятностью трансформации в биполярное аффективное расстройство I типа. Эти варианты диагноза БАР представляются важными с точки зрения подбора дифференцированной терапии, поскольку имеются убедительные данные, полученные в РКИ и показывающие различия в терапевтической эффективности препаратов при разных вариантах течения заболевания. В России диагноз БАР-II не ставится. Хотя В МКБ-10 не даны критерии диагностики БАР II типа, однако постановка этого диагноза возможна в рубрике F 31.8 «Другие биполярные расстройства». Униполярная мания встречается в 5—10% случаев биполярного расстройства и в соответствии с МКБ-10 должна диагностироваться как БАР недифференцированное.

При установке диагноза БАР необходимо уточнить текущий эпизод. МКБ-10 предусматривает следующие возможности постановки диагноза в рамках БАР:

F31.0 Биполярное аффективное расстройство, текущий гипоманиакальный эпизод

А. Текущий эпизод, подпадающий под критерии гипомании (F30.0)

Б. В прошлом, по крайней мере, один аффективный эпизод, подпадающий под критерий гипоманиакального или маниакального эпизода (F30-), депрессивного эпизода (F32-) или смешанного аффективного эпизода (F38.00)

F30.0 Гипомания

А. Повышенное или раздражительное настроение, которое является явно анормальным для данного индивидуума и сохраняется по меньшей мере 4 дня подряд.

Б. Должны быть представлены минимум три симптома из числа следующих, что сказывается на личностном функционировании в повседневной жизни:

повышенная активность или физическое беспокойство;

повышенная говорливость;

затруднения в сосредоточении внимания или отвлекаемость;

сниженная потребность во сне;

повышение сексуальной энергии;

небольшие кутежи или другие типы безрассудного или безответственного поведения;

повышенная общительность или фамильярность.

В. Расстройство не отвечает критериям мании (F30.1 и F30.2), депрессивного эпизода (F32-), циклотимии (F34.0) или нервной анорексии (F50.0).

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения:

Эпизод не может быть приписан употреблению ПАВ (F10-F19) или любому органическому психическому расстройству, соответствующему критериям F00-F09 по МКБ-10.

F31.1 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов

А. Текущий эпизод, подпадающий под критерии мании без психотических симптомов (F30.1)

Б. В прошлом хотя бы один другой аффективный эпизод подпадающий под критерий гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-) депрессивного эпизода (F32.-) или смешанного аффективного эпизода (F38.00)

F30.1 Мания без психотических симптомов

А. Преимущественно повышенное, экспансивное, раздражительное или подозрительное настроение, которое является анормальным для данного индивидуума. Это изменение настроения должно быть отчетливым и сохраняться на протяжение по меньшей мере недели (если только его тяжесть недостаточна для госпитализации).

Б. Должны присутствовать минимум три из числа следующих симптомов (а если настроение только раздражительное, то — четыре), приводя к тяжелому нарушению личностного функционирования в повседневной жизни:

1. *повышение активности или физическое беспокойство;*
2. *повышенная говорливость ("речевое давление");*
3. *ускорение течения мыслей или субъективное ощущение "скачки идей";*
4. *снижение нормального социального контроля, приводящее к поведению, которое неадекватно обстоятельствам;*
5. *сниженная потребность во сне;*
6. *повышенная самооценка или идеи величия (грандиозности);*
7. *отвлекаемость или постоянные изменения в деятельности или планах;*
8. *опрометчивое или безрассудное поведение, последствия которого больным не осознаются, например, кутежи, глупая предприимчивость, безрассудное управление автомобилем;*
9. *заметное повышение сексуальной энергии или сексуальная неразборчивость.*

В. Отсутствие галлюцинаций или бреда, хотя могут быть расстройства восприятия (например, субъективная гиперакузия, восприятие красок как особенно ярких).

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Эпизод не может быть объяснен употреблением ПАВ (F10-F19) или любым органическим психическим расстройством, соответствующим критериям F00-F09 по МКБ-10.

F31.2 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами

А. Текущий эпизод, подпадающий под критерий мании с психотическими симптомами (F30.2)

Б. Бывший в прошлом, хотя бы один другой аффективный эпизод, подпадающий под критерий гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-), депрессивного эпизода (F32.-) или смешанного аффективного эпизода (F38.00)

F30.2 Мания с психотическими симптомами

Эпизод отвечает критериям мании без психотических симптомов (F30.1), за исключением критерия В.

Б. Эпизод не отвечает одновременно критериям шизофрении (F20.0-F20.3) или маниакального типа шизоаффективного расстройства (F25.0).

В. Присутствуют бред или галлюцинации, но помимо тех, что перечислены в качестве типичных для шизофрении в критерии G1.1 б), в) и г) (т. е. бреда, который не является совершенно невероятным по содержанию или культурально неадекватным, и галлюцинаций, при которых больной не обсуждается в третьем лице и которые не имеют комментирующего характера). Наиболее частыми примерами является бред величия, значения, эротический или персекуторного содержания.

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Эпизод не может быть приписан употреблению ПАВ (F10-F19) или любому органическому психическому расстройству (в смысле F00-F09).

Пятый знак может быть использован для определения бреда или галлюцинаций, соответствующих или несоответствующих настроению:

F30.20 с психотическими симптомами, соответствующими настроению (такими как бред величия или "голоса", сообщающие больному о его сверхчеловеческих силах)

F30.21 с психотическими симптомами, не соответствующими настроению (такими как "голоса", говорящие больному об эмоционально нейтральных вещах или бред значения или преследования)

F31.20 Психотические симптомы, соответствующие настроению

F31.21 Психические симптомы, не соответствующие настроению

F31.3 Биполярное аффективные расстройства текущий эпизод умеренной или легкой депрессии*

Примечание.

Критерии депрессивного эпизода при БАР и РДР, к сожалению, не отличаются, хотя есть очевидные клинические особенности и различия. Для депрессии при БАР более характерны по сравнению с депрессией при РДР такие признаки, как начало в более молодом возрасте (до 25 лет) или в послеродовый период, острое начало (дни или часы) симптоматики и ее быстрое завершение, черты атипичной депрессии с инвертированной ритмикой, гиперфагией, гиперсомнией, инвертированной суточной ритмикой и т.д., наличие психотической симптоматики, затяжной характер течения, низкая чувствительность к терапии антидепрессантами.

А. Текущий эпизод, подпадающий под критерий депрессивного эпизода (F 32) как легкой (F32.0), так и умеренной тяжести (F32.1)

Б. По крайней мере, один аффективный эпизод в прошлом, подпадающий под критерии гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-), или смешанного аффективного эпизода (F38.00).

Пятый пункт должен быть использован для определения представленности соматических симптомов, как определенных в F32, в текущем эпизоде депрессии:

F31.30 без соматических симптомов

F31.31 с соматическими симптомами

F 32. Депрессивный эпизод

Должен длиться, по крайней мере, две недели. Эпизод нельзя приписать употреблению ПАВ (F10-F19) или любому органическому психическому расстройству (в смысле F00-F09).

Некоторые депрессивные симптомы, имеющие особенное клиническое значение, обозначаются как "соматические" (в других классификациях для этих синдромов используются такие термины, как биологические, витальные, меланхолические или эндогеноморфные).

Для определения соматического синдрома четыре из следующих симптомов должны быть представлены:

1. Снижение интересов или снижение удовольствия от деятельности, обычно приятной для больного;

2. Отсутствие реакции на события или деятельность, которые в норме ее вызывают;

3. Пробуждение утром за два или больше часа до обычного времени;

4. Депрессия тяжелее по утрам;

5. Объективные свидетельства заметной психомоторной заторможенности или ажитации (отмеченные или описанные другими лицами);

6. Заметное снижение аппетита;

7. Снижение веса (пять или более процентов от веса тела в прошлом месяце);

8. Заметное снижение либидо.

F 32.0

А. Соответствует общим критериям для депрессивного эпизода (F32).

Б. Как минимум, два из следующих трех симптомов:

1. депрессивное настроение до уровня, определяемого, как явно ненормальное для пациента, представленное почти ежедневно и захватывающее большую часть дня, которое в основном не зависит от ситуации и имеет продолжительность не менее двух недель;
2. отчетливое снижение интереса или удовольствия от деятельности, которая обычно приятна для больного;
3. снижение энергии и повышения утомляемости.

В. Дополнительный симптом или симптомы из следующих (до общего количества не менее четырех):

1. снижение уверенности и самооценки;
2. беспричинное чувство самоосуждения или чрезмерное и неадекватное чувство вины;
3. повторяющиеся мысли о смерти или суициде или суицидальное поведение;
4. проявления и жалобы на уменьшение способности обдумывать или концентрироваться, такие как нерешительность или колебания;
5. Нарушение психомоторной активности с ажитацией или заторможенностью (субъективно или объективно);
6. нарушение сна любого типа;
7. изменение аппетита (повышение или понижение) с соответствующим изменением веса тела.

F32.00 без соматических симптомов

F32.01 с соматическими симптомами

F32.1 Депрессивный эпизод средней тяжести

А. Соответствует общим критериям для депрессивного эпизода (F32).

Б. По крайней мере два из трех симптомов в критерии Б, F32.0.

В. Дополнительные симптомы из критерия В, F32.0, чтобы в сумме их было не менее шести.

F32.10 без соматического синдрома

F32.11 с соматическим синдромом

F31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов

А. Текущий эпизод, подпадающий под критерий тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов (F32.2).

F32.2 Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов

Примечание: Если выражены важные симптомы, такие как ажитация или заторможенность, больной может быть не в состоянии или не испытывать желания детально сообщить о значительной части симптоматики. В таком случае может быть все же оправданной общая градация эпизода в качестве тяжелого.

А. Соответствует общим критериям для депрессивного эпизода (F32).

Б. Все три симптома в критерии Б, F32.0.

В. Дополнительные симптомы из критерия В, F32.0, до суммарного количества не менее восьми.

Г. Отсутствие галлюцинаций, бреда, либо депрессивного ступора.

Б. Бывший в прошлом, хотя бы один хорошо описанный гипоманиакальный или маниакальный эпизод (F30.-) или смешанный аффективный эпизод (F38.00).

F31.5 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами

А. Текущий эпизод, подпадающий под критерий тяжелого депрессивного эпизода с психотическими симптомами (F32.3)

Б. Бывший в прошлом, хотя бы один хорошо описанный гипоманиакальный или маниакальный эпизод (F30.-) или смешанный аффективный эпизод (F38.00).

F31.50 психотические симптомы, соответствующие настроению

F31.51 психотические симптомы, не соответствующие настроению

F32.3 Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами

А. Соответствует общим критериям депрессивного эпизода (F32).

Б. Соответствует критериям тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов (F32.2), за исключением критерия Г.

В. Отсутствуют критерии шизофрении (F20.0-F20.3) или шизоаффективного расстройства, депрессивного типа (F25.1).

Должно присутствовать любое из следующих:

бред или галлюцинации, кроме перечисленных в качестве типично шизофренических, в критерии G1.1 б), в) и г) для F20.0-F20.3, (т. е. бреда, иного, чем полностью невероятного по содержанию или культурально неадекватного и галлюцинаций, которые не обсуждают больного в третьем лице или ведут текущий комментарий); наиболее частые примеры включают депрессивный бред, бред вины, отнесения к себе, бред ипохондрического, нигилистического или персекуторного содержания; депрессивный ступор.

F32.30 психотические симптомы, соответствующие настроению (бред виновности, самоуничижения, физической болезни, надвигающегося несчастья, насмехающиеся или осуждающие слуховые галлюцинации)

F32.31 психотические симптомы, не соответствующие настроению (персекуторный бред или бредовое отнесение к себе и галлюцинации без аффективного содержания)

F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий смешанный эпизод

А. Текущий эпизод характеризуется или смешанной или быстрой сменой (за несколько часов) гипоманиакальных, маниакальных и депрессивных симптомов.

Б. И маниакальные, и депрессивные симптомы должны быть выраженными в большую часть периода продолжительностью по крайней мере в две недели.

В. Наличие в прошлом, по крайней мере одного хорошо описанного гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-), депрессивного (F32.--) или смешанного аффективного эпизода (F38.00).

F31.7 Биполярное аффективное расстройство, ремиссия

А. Настоящее состояние не подпадает под критерий для депрессии или мании любой тяжести или других расстройств настроения в F30-F39 (возможно из-за терапии, направленной на снижение риска будущих эпизодов).

Б. В прошлом, по крайней мере хорошо описанный гипоманиакальный или маниакальный эпизод (F30.-) и также по крайней мере еще один аффективный эпизод (гипомания или мания) (F30.-), депрессивный (F32.-) или смешанный (F38.00).

F31.8 Другие биполярные аффективные расстройства

F31.9 Биполярное аффективные расстройства, неуточненные

4.6 Варианты клинического течения БАР

Альтернирующее течение - характеризуется наступлением эутимного периода после очередной аффективной фазы. Аффективные фазы, как правило, развиваются аутохтонно и имеют тенденцию к спонтанному разрешению. Интермиссия, формирующаяся вслед за завершением фазы, характеризуется эутимным настроением и появлением критики к перенесенному болезненному эпизоду. Социальная дезадаптация больных определяется прежде всего частотой развивающихся обострений, их длительностью и степенью тяжести

Континуальное течение – отсутствие интермиссий, непрерывная смена фаз. Возможен переход альтернирующего течения в континуальное при спонтанном

утяжелении болезни или при ошибочной фармакотерапии. Даже при таком неблагоприятном развитии заболевания иногда возможно становление довольно длительных эутимных периодов.

Быстроциклическое течение — один из наиболее неблагоприятных вариантов течения заболевания, определяется развитием не менее 4 аффективных фаз в течение одного года.

Ультрабыстрые циклы — развитие 4 или более аффективных фаз в течение одного месяца.

- **Ультра-ультрабыстрые циклы,** возникающие в течение одного дня, которые практически невозможно отличить от персистирующего, крайне неустойчивого смешанного аффективного состояния.

Эти варианты и близкий к ним по клинической картине альтернирующий вариант смешанного аффективного состояния, а также смешанная мания являются достаточно типичными фазовыми проявлениями при континуальном течении, свидетельствующими о неблагоприятном прогнозе заболевания; они тяжело поддаются лечению. Быстрые циклы чаще наблюдаются у женщин и их возникновение связано с ранним началом болезни, злоупотреблением алкоголем, гипотиреоидизмом, влиянием женских половых гормонов и приемом антидепрессантов.

Для БАР характерна высокая частота развития **коморбидных психических** (тревожные расстройства, хронический алкоголизм, зависимость от других ПАВ, расстройства личности, нарушения пищевого поведения и др.) **и соматических расстройств** (сердечно-сосудистые заболевания, метаболические нарушения, болевые синдромы, мигрень и др.), являющихся отягощающим фактором и ухудшающим его течение и прогноз.

4.7 Дифференциальный диагноз БАР

В зависимости от клинической картины проводят с различными заболеваниями:

- при наличии психотических симптомов – с шизофренией, шизоаффективным расстройством и другими психотическими расстройствами,
- при БАР-II типа – с рекуррентной депрессией,

- при наличии симптомов коморбидных психических расстройств – с тревожными, личностными расстройствами и расстройствами зависимости,
- при развитии заболевания в детском и подростковом возрасте – с синдромом дефицита внимания и гиперактивности,
- при развитии заболевания в позднем возрасте с деменциями,
- с аффективными расстройствами, связанными с органическими заболеваниями головного мозга,
- при субсиндромальных формах с циклотимией и дистимией,
- при наличии злоупотребления алгкоголя и ПАВ – с проявлениями интоксикации.

5. Установление первичного диагноза и обследование больных

5.1 Первичное обследование

Первичная диагностика основывается на тщательном выявлении симптомов депрессии, мании или смешанных состояний в статусе пациента.

- Оцените соответствие имеющейся у пациента симптоматики критериям диагностики депрессивного, маниакального или смешанного эпизодов
- Получите данные анамнеза или медицинской документации о наличии не менее двух эпизодов разного полюса на протяжении болезни
- Если в статусе пациента выявляется первичный депрессивный эпизод, или по данным анамнеза имеются повторные депрессивные эпизоды, проведите тщательный целенаправленный опрос, направленный на выявление гипоманий в анамнезе (дополнительно можно пользоваться специальными опросниками, например, валидизированной русскоязычной версией шкалы HCL-32)
- Соберите анамнестические данные о наличии травм и инфекционных заболеваний головного мозга, дополнительно проведите обследование (МРТ, КТ, ЭЭГ, ЭхоЭГ, РЭГ) для исключения органического заболевания ЦНС
- Соберите данные о наличии сопутствующих соматических заболеваний, проведите исследование гормонов щитовидной железы для исключения гипо- или гипертиреоза
- Проведите все возможные мероприятия (целенаправленный опрос пациента и членов его семьи, сбор анамнеза, осмотр кожных покровов с

целью выявления следов от инъекций, при необходимости тесты на алкоголь и наркотические вещества в моче или крови и т.п.), направленные на исключение факта приема пациентом ПАВ или лекарственных препаратов, которые могут вызывать маниакальные или депрессивные симптомы, непосредственно перед началом очередного аффективного эпизода.

5.2 Оценка суицидального риска и суицидального поведения

Ещё одним первостепенным диагностическим шагом является ***определение суицидального риска.*** Оно включает в себя направленное клинико-анамнестическое обследование с последующим выявлением и динамической оценкой факторов риска суицида (например, по Колумбийской шкале суицидального риска) (приложение 6). При выявлении факторов риска суицидального поведения необходима госпитализация и проведение соответствующей терапии.

При клинической оценке пациентов с суицидальными мыслями и поведением требуется очень четкая квалификация психического статуса и имеющихся рисков, а также типологии суицида. Она включает в себя следующие варианты:

Истинная попытка самоубийства – акт, потенциально направленный против самого себя и совершенный, по крайней мере, с некоторым желанием умереть в результате данного акта. При этом реальные повреждения в результате попытки суицида не обязательны, достаточно потенциальной возможности их нанесения. В качестве такого примера, когда нет повреждений – осечка при выстреле из оружия.

Прерванная попытка суицида квалифицируется в тех случаях, когда лицу не удается начать действие (его прерывают или имеются другие внешние обстоятельства), потенциально направленное против самого себя.

Остановленная попытка суицида – пациент начинает действия с целью осуществить попытку суицида, но самостоятельно себя останавливает до фактического начала самодеструктивных действий.

Несуицидальное самоповреждающее поведение устанавливается в тех случаях, когда самоповреждения наносились не с целью умереть, а по другим причинам. Причиной может быть как внутреннее состояние (для снятия боли, улучшения самочувствия и т.д.) так и внешние обстоятельства (стремление привлечь к себе внимание, сочувствие, а также в некоторых случаях – разозлить себя и т.д.). Принципиальным моментом является то, что желание умереть должно при этом четко и абсолютно отсутствовать.

Ещё одной категорией суицидального поведения являются **подготовительные действия.** К ним относятся не только действия по приготовлению попытки суицида (приобретение таблеток и т.д.) но и любые приготовления к собственной смерти в результате суицида.

При оценке психического статуса необходимо выявление и квалификация ключевого депрессивного синдрома и оценка наличия отдельных симптомов, которые могут иметь неблагоприятную прогностическую значимость как факторы риска повторных суицидов. К ним относятся импульсивность, возбуждение, тревога, ангедония, чувство безысходности, стойкая инсомния, панические атаки, а также проявления агрессивного поведения.

Серьезным фактором риска суицидального поведения является наличие суицидальных попыток в прошлом. Необходимо не только установление самого факта различных вариантов суицидального поведения (суицидальные попытки, незавершенные суициды, аутодеструктивное поведение), но и его всесторонний анализ. Это поможет прогнозировать динамику состояния больного в последующие часы, дни и на более отдаленный период. Должна быть собрана детальная информация о всех обстоятельствах суицидов, их частоте, смысловом содержании и тяжести имевших место повреждений.

Другой первоочередной мишенью для получения объективных данных является оценка наличия у больного острого или хронического

стресса. Понимание актуального психосоциального статуса больного поможет оказать ему целенаправленную помощь и поддержку, что в свою очередь снизит риск повторного суицида.

Анализ суицида включает оценку **суицидальных мыслей, суицидальных намерений, суицидального плана и суицидального поведения**. Должна быть определена степень тяжести суицидальных идей. Она основана на соотношении показателей интенсивности и частоты их возникновения. В этом случае необходимо выяснять у пациента: когда они возникают, как часто, может ли он их контролировать, носят ли они навязчивый характер. Основания для суицидальных идей, а также наличие сдерживающих факторов также должно быть предметом анализа. Также необходимо оценить характер суицидальных идей: пассивны ли они (желание умереть/не жить, заснуть и не проснуться…) или наполнены активным содержанием достигая уровня конкретных намерений. В случае если пациент отказывается беседовать на эту тему, рекомендуется акцентировать расспрос на будущем больного, попросить его рассказать о своих планах.

Крайне важно установить наличие плана суицида, а также его потенциальную летальность. **Обязательное правило:** если, по мнению врача, реализация имеющегося плана объективно может не привести к летальному исходу – об этом нельзя сообщать пациенту.

Уровень суицидального риска определяется врачом на основе обобщения клинических данных и их соотнесения с актуальными психосоциальными факторами. Необходимо также активное определение факторов, сдерживающих реализацию суицида. К ним относятся: терапевтический альянс, поддержка родных и близких, наличие детей, беременности, религиозность, понимание своих семейных обязанностей, полная занятость, наличие психологических навыков преодоления, таких, как способность переживать утрату, потерю или унижение; подвижность психики и наличие определенного жизненного оптимизма.

5.3 Дополнительные методы обследования

Для уточнения диагноза, в том числе для проведения дифференциальной диагностики, при необходимости госпитализации и для оценки различных рисков соматическому здоровью пациента могут потребоваться дополнительные методы обследования, к которым относятся:

- клинический и биохимический анализы крови, включая определение электролитов и печеночных ферментов;
- определение протромбинового индекса;
- реакции Вассермана, исследование крови на ВИЧ и ПАВ;
- клинический анализ мочи, исследование ПАВ в моче;
- ЭКГ, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, РЭГ, КТ, МРТ, рентгенография;
- определение содержания лития и других нормотимических препаратов (при необходимости) в плазме крови;
- консультации психолога, терапевта, невролога, окулиста, для женщин – гинеколога.

Многие из перечисленных дополнительных исследований нуждаются в повторном проведении для мониторинга состояния больного в процессе наблюдения и терапии. Их частота определяется проводимой терапией (см. раздел Лечение) и клинической необходимостью.

6. Лечение БАР

Терапия БАР предполагает выполнение трех обязательных этапов: купирующая терапия, долечивающая (поддерживающая) терапия и профилактичекая (противорецидивная) терапия.

6.1. Купирующая терапия

- Цель – максимально быстрое купирование первого эпизода или рецидива (фазы) мании, депрессии или смешанного состояния, минимизация побочных эффектов купирующей терапии.

6.1.1. Купирующая терапия маниакальных и смешанных состояний

Стратегия терапии МС при БАР с первых шагов должна строиться с учетом последующего профилактического этапа. Терапия предполагает поэтапное

купирование МС с учетом тяжести (легкая, средняя, тяжелая) и типа маниакального синдрома: веселая (эйфорическая) мания, гневливая (дисфорическая) мания, мания с психотическими чертами (маниакально-бредовое состояние) и смешанное аффективное состояние*.

* Примечание. Смешанные аффективные состояния безусловно требуют более строгого и дифференцированного подбора терапии, но их лечение традиционно рассматривается в рамках МС, поскольку большинство РКИ при БАР, к сожалению, проведено на общей выборке больных с маниакальными и смешанными состояниями без их дифференциации.

Выбор терапии при купировании МС определяется не только особенностями действия различных групп препаратов, но и их переносимостью. Существенно повысить эффективность терапии возможно, следуя определенным методическим правилам ее проведения. Так, адекватная дозировка и динамичное и своевременное изменение терапии позволяют быстро купировать симптоматику и препятствуют затягиванию эпизода. Следует также учитывать, что назначение препарата для поддерживающей нормотимической терапии (литий, антиконвульсанты, АВП) должно проводиться достаточно рано и «накладываться» на начальный этап купирующей терапии, так как профилактическое действие этих препаратов развивается относительно медленно.

Цель терапии: достижение ремиссии (для более точного психометрического определения ремиссии можно использовать шкалу Янга (см. Приложение 4), в соответствии с которой выраженность симптоматики не должна превышать 10-12 баллов).

Задачи терапии

- максимально быстрое купирование маниакальной симптоматики

- быстрый контроль психомоторного возбуждения и агрессивности

- предотвращение развития или усиления (при смешанных состояниях) депрессивной симптоматики

- подбор препаратов с учетом индивидуальной переносимости для последующего длительного профилактического приема.

План терапии маниакальных и смешанных состояний строится на основании анализа статуса пациента, данных анамнеза и доминантной полярности течения заболевания.

Решение вопроса о стационарном или амбулаторном лечении

При мании умеренной тяжести или тяжелой необходимо госпитализировать пациента

При гипомании - для решения вопроса о стационировании необходимо учитывать:

- степень выраженности нарушений поведения и социальной дезадаптации
- суицидальный риск (при наличии смешанных состояний)
- анамнестические данные (риск развития мании и быстроту развития предшествующих маниакальных эпизодов)
- уровень критичности пациента к имеющейся у него симптоматике
- условия микросоциальной среды и степень участия близких в терапевтическом процессе

Проведение амбулаторной терапии при гипомании возможно при следующих условиях:

- пациент сохраняет относительную критичность к состоянию
- пациент способен выполнять назначения врача
- у пациента есть близкие, способные оказать помощь в контроле за выполнением назначений и состоянием пациента

Тактика и этапы фармакотерапии МС и смешанных состояний (см. рис. 1)

Современные стандарты терапии МС при БАР предполагают поэтапное купирование МС с учетом тяжести (легкая, средняя, тяжелая) и типа маниакального синдрома и учитывают необходимость последующего длительного приема профилактической терапии в зависимости от индивидуальной переносимости препаратов. На начальном этапе терапии МС или гипомании показана монотерапия одним из нормотимических препаратов: при веселой (эйфорической) мании — солями лития или вальпроатами, а при гневливой (или с чертами смешанного состояния) — вальпроатами или карбамазепином. В обоих

случаях допустима также монотерапия АВП. При выборе нормотимика при терапии смешанного состояния вальпроаты предпочтительнее препаратов лития (вальпроаты не требуют регулярного мониторинга плазменной концентрации и обладают более благоприятным профилем побочных эффектов). Другие антиконвульсанты (КАР, ОКС, ТОП, ГАБ) и блокаторы кальциевых каналов могут применяться для альтернативной терапии. При недостаточном эффекте терапии, оценку которого целесообразно проводить не ранее 3-4-й недели лечения, следует присоединить к схеме антипсихотик (АВП или галоперидол) или использовать другой нормотимик. При проведении терапии солями лития необходим контроль за концентрацией лития в плазме крови. В РКИ показано, что антиманиакальный эффект лечения выше при концентрации 0,8-1,0 ммоль/л (уровень доказательности А), которую при титровании дозы следует проверять 1 раз в неделю. Поэтому неэффективность курса лития может быть зафиксирована только при достижении терапевтического интервала препарата в плазме крови. Кроме того, нужно иметь в виду, что эффект солей лития при МС достигается не ранее, чем через 7-10 дней терапии.

При тяжелой мании с сильным психомоторным возбуждением или при маниакально-бредовых состояниях (мании с психотическими чертами) терапию сразу следует начинать с комбинации нормотимик+антипсихотик (АВП или галоперидол). При этом в первые дни предпочтительным является в/м путь введения. На данном этапе среди АВП внутримышечная инъекционная форма существует только у ОЛА и ЗИП. При отсутствии эффекта следует присоединить бензодиазепины (инъекционные формы лоразепама, мидазолама, диазепама, феназапама)* и/или применить седативные нейролептики (хлорпромазин, инъекционный «короткий» пролонг зуклопентиксола, хлорпротиксен).

> * Примечание. Предпочтение следует отдавать бензодиазепинам с коротким периодом полувыведения (лоразепам, мидазолам) и учитывать возможность угнетения функции дыхания (особенно у диазепама), миорелаксирующее действие и эффект кумуляции у препаратов с длительным периодом полувыведения (феназепам, диазепам).

В случае недостаточной эффективности возможно присоединение второго нормотимика (предпочтительно литий и антиконвульсант) в сочетании с АВП или АПП. На стадии отсутствия эффекта в двух последовательно примененных курсах

АВП или АПП назначается клозапин. Возможна также комбинация двух АВП и антиконвульсанта (топирамат, ламотриджин). При неэффективности лекарственной терапии применяют немедикаментозные методы лечения: ЭСТ или специальные противорезистентные мероприятия (плазмаферез, иммуномодуляторы, блокаторы кальциевых каналов и др.). ЭСТ рекомендуют проводить 3 раза в неделю, пока не купируются симптомы мании. Обычно проводят от трех до шести сеансов ЭСТ. МС считают резистентным, если после 6-10 сеансов ЭСТ симптоматика не купировалась.

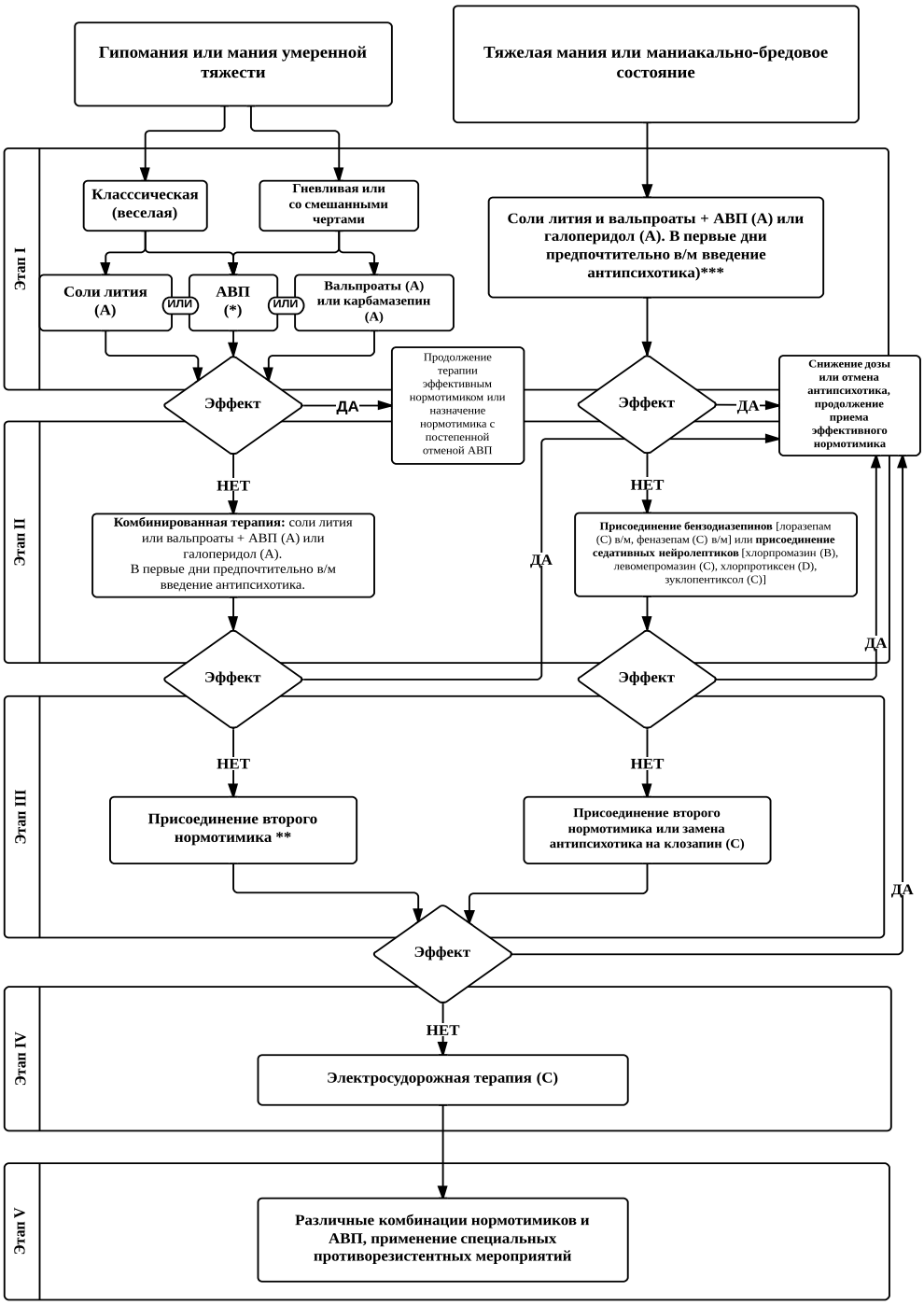
Выбор терапии при купировании МС определяется не только особенностями действия различных групп препаратов, но и их переносимостью. Существенно повысить эффективность терапии возможно, следуя определенным методическим правилам ее проведения. Так, адекватная дозировка (с контролем концентрации в крови в случае лития и некоторых антиконвульсантов), динамичное и своевременное изменение терапии позволяют быстрее купировать симптоматику и препятствуют затягиванию эпизода. Следует также учитывать, что назначение препарата для поддерживающей нормотимической терапии (литий, антиконвульсанты, АВП) должно проводиться достаточно рано и «накладываться» на начальный этап купирующей терапии, так как профилактическое действие этих препаратов развивается относительно медленно. Применение АВП в большинстве случаев предпочтительнее АПП, в первую очередь за счет их лучшей переносимости (менее выраженные седация, риск развития ЭПС, риск гиперпролактинемии, депрессогенное действие, риск инверсии фазы). Кроме того, известно, что у больных аффективными расстройствами ЭПС при применении АПП развиваются в несколько раз чаще, чем у больных шизофренией, что требует дополнительного присоединения антихолинергических препаратов.

После купирования острого МС следует переходить к этапу стабилизации состояния (долечиванию) с целью редукции остаточной симптоматики, недопущения развития инверсии фазы и достижения устойчивой ремиссии. При этом терапию эффективным нормотимиком или комбинацией препаратов продолжают, постепенно уменьшая или отменяя седативную антипсихотическую терапию (АПП) и бензодиазепины, постоянное применение которых не рекомендовано более 1-2 месяцев из-за их высокого аддиктивного потенциала. При продолжающейся литической редукции симптоматики предполагается дальнейшая терапия нормотимиком в сочетании с АВП. В случае удержания ремиссии в течение 3-4 месяцев больного постепенно переводят на длительную

поддерживающую монотерапию тем препаратом, при лечении которым был достигнут наибольший эффект и отмечалась хорошая переносимость. В случае развития раннего рецидива в период снижения дозы или сразу после отмены АВП рекомендуется возобновление комбинированной терапии.

Рис. 1 Алгоритм биологической терапии маниакальных и смешанных состояний

Алгоритм биологической терапии маниакальных и смешанных состояний



*** ОЛА (А), РИС (А), АРИ (А), АЗЕ (А), КВЕ (А), ПАЛ (В)**
**** Нерекомеднуемые сочетания нормотимиков: ВАЛ + КАР, ВАЛ + ЛАМ**
***** Среди АВП инъекционная форма в России зарегистрирована только для ОЛА и ЗИП**

6.1.1.1 Ведение больного с психомоторным возбуждением и агрессивностью

Возбуждение, а также проявления агрессии достаточно часто являются отдельной проблемой при лечении пациентов с гневливой манией, манией со смешанными чертами и мании с психотическими симптомами. Агрессия у маниакальных больных обычно направлена на случайных лиц, может быть немотивированной либо спровоцированной малозначимыми факторами: высказанными замечаниями, ограничениями, недоброжелательными взглядами. Также провоцирующим фактором могут являться конфликты, связанные с отказом выполнения неадекватных требований пациента с маниакальным состоянием. При этом агрессия при психотической мании развивается в рамках дезорганизованного поведения и может быть обусловлена обманами восприятия либо бредовой симптоматикой. При мании, в отличие от больных шизофренией, высокий риск агрессии сохраняется в стационаре после госпитализации. Если в статусе пациента обнаруживается раздражительность, конфликтность при отсутствии выраженного психомоторного возбуждения необходимо сделать попытку установления с ним терапевтического альянса и доверительных отношений, проявлять эмпатию, гибкость во время беседы и стараться фокусироваться на запросах больного. При этом не следует ставить больного в ситуацию выбора и вступать с ним в конфронтацию. Также повышает риск агрессии низкая толерантность и авторитарный стиль поведения медперсонала.

При тяжелых проявлениях агрессии, а также при их высоком риске , необходимо незамедлительно использовать терапевтическую тактику, включающую применение быстрой транквилизации, фиксации или изоляции. Необходимость фиксации обуславливается неэффективностью других способов успокоения пациента, как вербальных, так и фармакологических, указанных выше при купировании тяжелых маниакальных и маниакально-бредовых состояний, включая внутримышечное применение АВП или галоперидола.

Быстрая транквилизация для купирования возбуждения и дезорганизованного поведения используется при безуспешности применения стандартных фармакологических и нефармакогенных (поведенческая терапия) методов лечения в качестве терапии «последней линии выбора». Однако при проявлениях агрессии ввиду высоких рисков применение БТ предпочтительно уже

на первых этапах оказания помощи. Для БТ могут использоваться как антипсихотики так и бензодиазепины. При комбинировании препаратов (обычно это галоперидол и лоразепам или диазепам) эффективность существенно повышается. Кроме того, особенностью тактики купирования мании, сопровождающейся проявлениями возбуждения и агрессии, является обязательное назначение нормотимических препаратов (см. раздел «терапия тяжелой мании»). Наиболее оптимальным при БТ является внутримышечный путь введения препаратов.

Используются две стратегии быстрой транквилизации - высокопотентных (инцизивных) и низкопотентных (седативных) нейролептиков и две тактики режима дозирования препаратов - в низких и высоких дозах (табл.1). В качестве высокопотентного нейролептика используется галоперидол, а низкопотентного – хлопромазин. Наличие психотической симптоматики предопределяет выбор в пользу высокопотентных нейролептиков. При высоком риске развития ЭПС выбор должен останавливаться на седативных нейролептиках, а при чувствительности к ортостатическим реакциям несколько более предпочтительно назначение галоперидола.

Табл.1 Быстрая транквилизация: методики применения

А. Терапия высокопотентными (инцизивными) нейролептиками:

Низкие дозы галоперидола: 5 мг (1 мл) в/м, интервал от 30мин до 4-8ч

Максимальная суточная доза 15-30 мг

Высокие дозы галоперидола: 10мг (2мл) в/м интервал от 30мин до 4-8ч

Максимальная суточная доза 45-100 мг

Б. **Терапия низкопотентными (седативными) нейролептиками**

Тестовая доза хлорпромазина 10-25 мг в/м

Низкие дозы хлорпромазина 25 мг (1 мл) им каждые 4 часа

Максимальная суточная доза 150 мг

Высокие дозы: хлорпромазин 75 мг (3мл) им каждые 4 часа

Максимальная суточная доза 400 мг (не более 3 мл в одном шприце)

В. **Терапия бензодиазепинами (монотерапия или в комбинации с галоперидолом)**

1. Перорально: Лоразепам 2-4 мг или Диазепам 5-10 мг, повторение дозы через 4-6 часов. Максимальная суточная доза для лоразепама 10 мг, для диазепема 60мг

2. Парентерально: Лоразепам 2-4 мг (1-2 мл) в/м или Диазепам 5-10 мг в/м, повторные инъекции через 2 часа
   Максимальная суточная доза для лоразепама 10 мг, для диазепема 60мг

3. Внутривенное введение: Лоразепам 2-4 мг (1-2 мл) или Диазепам 5-10 мг в/в медленно со скоростью 2 мг (1 мл) в минуту для лоразепама и 5мг в мин для диазепама. При необходимости повторное введение через 10-минутный интервал. Максимальная суточная доза для лоразепама 10 мг, для диазепема 60мг

Наиболее частым противопоказаниям для БТ при купировании агрессии и резкого психомоторного возбуждения у больных БАР является наличие алкогольной интоксикации или интоксикации другими ПАВ ввиду возможного развития спутанности. В состоянии алкогольной абстиненции БТ повышает риск развития судорог, снижая судорожный порог. Бензодиазепиновые производные не следует применять у больных с признаками дыхательной недостаточности.

Критерием завершения БТ является снижение риска агрессии, проявляющееся купированием возбуждения и дезорганизованного поведения. При этом пациент переводится на эквивалентные суточные дозы того же антипсихотика с пероральным путем введения (таблетированные либо жидкие формы при проблемном комплаенсе).

6.1.2. Купирующая терапия депрессии при БАР

Цель: достижение ремиссии (для более точного психометрического определения ремиссии можно использовать шкалу Гамильтона для оценки депрессий (см. Приложение 5), в соответствии с которой выраженность

симптоматики не должна превышать 7 баллов, или шкалу Монтгомери-Асберг (см. Приложение 6), по которой ремиссия определяется при оценке симптоматики ниже 10 баллов).

Задачи:

- максимально быстрое купирование симптомов депрессии
- предотвращение суицидальных попыток
- предотвращение инверсии фазы (развития маниакальной симптоматики)

План терапии биполярной депрессии строится на основании анализа клинического статуса пациента, данных анамнеза и доминантной полярности течения заболевания.

Решение вопроса о стационарном* или амбулаторном лечении

*****Примечание. Стационирование обязательно при наличии суицидального риска и/или психотической симптоматики.

Необходимо учитывать:

- тяжесть состояния
- суицидальный риск
- наличие или отсутствие психотической симптоматики
- анамнестические данные
- условия микросоциальной среды и степень участия близких в терапевтическом процессе

Тактика и этапы фармакотерапии депрессивной фазы БАР (см. рис 2)

Терапевтическая тактика при депрессивных фазах в рамках БАР I и БАР II существенно не различается, однако выбор препарата должен осуществляться с учетом преобладающей полярности аффекта в течении заболевания, тяжести состояния и клинического варианта депрессии, наличия/отсутствия смешанных черт, эффективности того или иного препарата при купировании предшествующих депрессий, а также риска инверсии фазы.

Препаратами первой линии в купирующей терапии БД легкой и умеренной тяжести являются нормотимики и кветиапин. В связи с ограниченной эффективностью солей лития для купирующей терапии БД, более обосновано применение антиконвульсантов. С учетом последующего профилактического этапа терапии в случае преобладания в течении заболевания маниакальных фаз предпочтение следует отдавать вальпроату, а депрессивных - ламотриджину. Доказательная база для карбамазепина хуже, его применение при БД оправдано только если пациент уже принимает данный препарат в качестве профилактической терапии. Если пациент уже получает нормотимик, рекомендуется попытка увеличения его дозы, присоединение кветиапина, добавление второго нормотимика или комбинации ОЛЗ+ФЛУ. Когнитивно-поведенческая терапия и другие виды психотерапии (см. ниже) и социально-реабилитационные мероприятия назначаются при легкой и умеренной депрессии на первом этапе терапии в комбинации с увеличением дозы нормотимиков. При легких депрессиях такой коррекции терапии часто бывает достаточно для достижения эффекта. Важнейшим фактором для достижения успеха при ведении больных с легкой и умеренной депрессией является также быстрая нормализация нарушений сна и коррекция хронобиологических нарушений. С этой целью по сравнению с антидепрессантами с седативным действием и снотворных препаратов лучше применять некоторые нормотимические средства (прежде всего литий) и агомелатин (уровень доказательности С).

При неэффективности этих терапевтических мероприятий возможно использование комбинированной терапии нормотимиком и антидепрессантом. При выборе антидепрессанта предпочтение следует отдавать СИОЗС. Присоединение антидепрессантов к нормотимической терапии может быть обоснованным при депрессии в рамках БАР I и БАР II у пациентов с положительным эффектом терапии антидепрессантами в анамнезе. В случае наличия в структуре депрессии смешанных черт (2 и более маниакальных симптомов) присоединение антидепрессантов противопоказано. Монотерапии антидепрессантами следует избегать в связи с высоким риском инверсии фазы и усиления фазообразования и утяжеления течения заболеваня в целом. Она не рекомендована при депрессии в рамках БАР I, а также при БАР II при наличии черт смешанности (см.выше). При отсутствии в анамнезе указаний на инверсию фазы при лечении антидепрессантами в отдельных клинических случаях (напр., при непереносимости нормотимиков) возможна монотерапия антидепрессантами,

которая, однако, не всегда бывает эффективной. В случае назначения АД необходимо тщательно отслеживать появление признаков гипомании/мании или психомоторного возбуждения, в случае их появления АД необходимо отменить. Если у пациента в анамнезе имелись инверсии фазы при применении АД, их назначения следует избегать. Также не рекомендуется назначение АД больным с большим числом аффективных эпизодов или при наличии БЦ в анамнезе. Присоединение гетероциклических антидепрессантов, а также СИОЗСН, ОИМАО и мелатонинергического антидепрессанта агомелатина возможно только при неэффективности СИОЗС и при тщательном мониторинге симптомов мании в связи с повышенным риском инверсии фазы и последующей дестабилизации течения заболевания. При неэффективности второго курса терапии возможна смена антидепрессанта и/или нормотимика.

В случае затяжных состояний, нарастающей социальной дезадаптации следует рассмотреть вопрос о применении ЭСТ. При неэффективности ЭСТ проводят противорезистентные мероприятия, аналогичные тем, которые используются при резистентной депрессии при рекуррентном депрессивном расстройстве.

При тяжёлой БД уже на первом этапе лечения рекомендуется комбинированная терапия нормотимиком в сочетании с АД или комбинация ОЛЗ+ФЛУ. Монотерапия КВЕ также эффективна при тяжелой депрессии.

При депрессии с психотическими чертами терапию следует начинать с комбинации нормотимика с АД из группы СИОЗС и АВП или с комбинации нормотимика с ОЛЗ и ФЛУ. В отдельных клинических случаях возможно назначение АПП, однако, в связи с предрасположенностью больных с БАР, особенно в период депрессии, к развитию неврологических побочных эффектов предпочтение следует отдавать АВП .

После купирования депрессивной симптоматики у большинства пациентов рекомендуется продолжать прием антидепрессанта в комбинации с нормотимиком не менее 6-12 недель вплоть до полной редукции резидуальных симптомов и достижения устойчивой ремиссии. Если в анамнезе имели место БЦ или настоящему эпизоду депрессии непосредственно предшествовало маниакальное состояние, рекомендуется отменять антидепрессанты как можно раньше - на второй неделе после достижения клинической ремиссии. При всех

обстоятельствах желательно проводить постепенное снижение дозы (25-33% каждые 2-4 дня). В случае рецидива депрессии в период снижения дозы или сразу после отмены антидепрессанта рекомендуется возобновление схемы купирующей терапии.

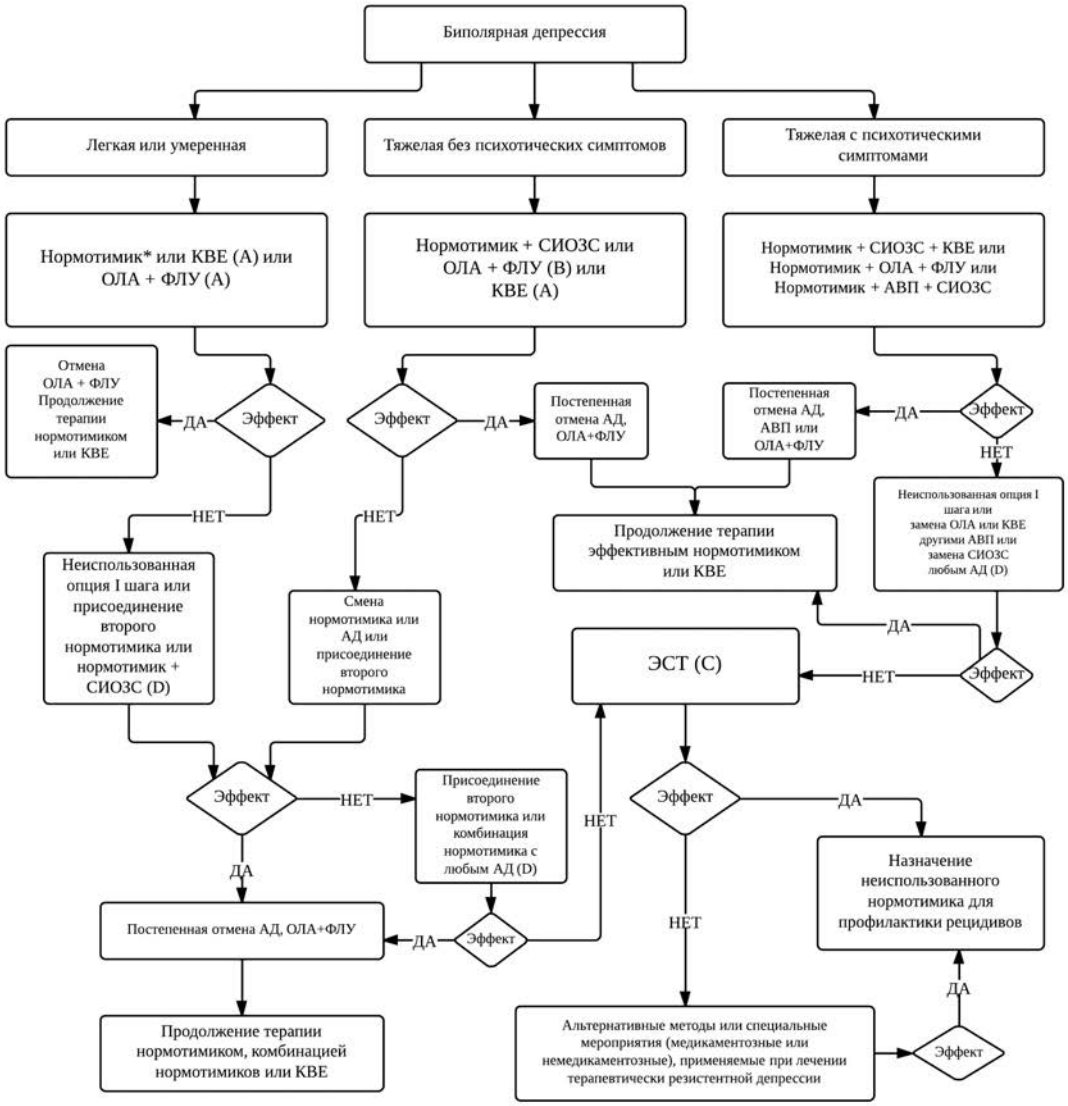
Несмотря на необходимость ограничения периода использования антидепрессантов, приблизительно 20% больных БАР нуждаются в поддерживающей терапии антидепрессантами. Для больных с частыми рецидивами депрессии, развивающимися вследствие отмены антидепрессантов, они могут быть рекомендованы на длительный срок как часть программы профилактической терапии.

Во всех случаях при лечении БД следует избегать назначения трициклических антидепрессантов и классических нейролептиков.

При комбинации антиконвульсантов необходимо учитывать лекарственные взаимодействия на уровне ферментов печени. Так, вальпроат повышает сывороточную концентрацию ламотриджина, поэтому необходимо корректировать дозировки последнего и использовать более медленную титрацию. Карбамазепин ускоряет клиренс, снижает концентрацию вальпроата в крови и потенцирует токсическое воздействие на печень, в связи с чем эта комбинация является нежелательной.

Рис. 2

Алгоритм биологической терапии депрессивных состояний при БАР



*** Уровень доказательности для нормотимиков при биполярной депрессии:**
ВАЛ (В)
КАР (С)
ЛАМ (В)
ЛИ (С) [обязателен контроль плазменной концентрации]

Уровень доказательности для АВП при биполярной депрессии:
КВЕ (А) [монотерапия]
(С) [в сочетании с АД]
Доказательность приведена для суточной пролонгированной формы кветиапина (КВЕ-пролонг)
ОЛА (В) [монотерапия и в сочетании с флуоксетином]

6.1.2.1 Ведение больного с суицидальным поведением

Ургентные терапевтические мероприятия проводятся 3 категориям больных:

- после совершенной суицидальной попытки,
- депрессивные больные с суицидальным поведением,
- пациенты с маниакальным, смешанным состоянием или ремиссией БАР и высоким риском суицида.

Больные после совершенной суицидальной попытки требуют тщательного обследования, мониторирования жизненно важных функций и скрининга лекарственных препаратов в моче.

Первоочередным терапевтическим мероприятием является оценка уровня риска суицида (оценка индивидуальных факторов риска и протекции) и разработка плана по его минимизации. Одновременно осуществляют выбор условий для проведения терапевтических мероприятий. Абсолютные показания для госпитализации и состояния, когда госпитализация возможна или целесообразна указаны в таблице 2. В других случаях лечение может оказываться в режиме дневного стационара либо в других формах активной амбулаторной терапии. Наконец, в отдельных случаях помощь может оказываться в «обычных» амбулаторных условиях.

Таблица 2. Показания для госпитализации при суицидоопасных состояниях

А. Абсолютные показания для госпитализации:
1) После суицидальной попытки или парасуицида, когда: - больной в психозе - тяжелая суицидальная попытка с высоким риском летальности - планируемый повторный суицид или активные мысли о суициде - риски повтора суицида трудно установить (в т.ч. когда пациент не раскрывает переживаний) - сохраняющиеся/усиливающиеся внешние факторы, явившиеся причиной суицида - мужской пол, старше 45 лет, особенно если пациент первичный - у пациента нет/недостаточно семейной или социальной поддержки

- наличие в психическом статусе следующих признаков/симптомов: возбуждение, импульсивность, некритичность и отказ от помощи - изменения психического статуса, вероятно, имеют органический генез (токсический, инфекции и др.)
2) Суицидальной попытки не было, имеются: - наличие плана суицида с высоким риском летальности - активные суицидальные мысли
Б. Госпитализация может быть необходима:
1) После суицидальной попытки или парасуицида и при наличии суицидальных мыслей, когда**:**
- у пациента имеется другое тяжелое психическое расстройство - суицидальные попытки имели место в прошлом, особенно если они были тяжелыми - возможное наличие соматического заболевания (рак, инсульт и т.д.) - неэффективность (а также отказ от помощи) предыдущего лечения в амбулаторных и полустационарных условиях - необходимость обследования, в т.ч. лабораторно-диагностического - недостаточность семейной или социальной поддержки, плохие жилищные условия - терапевтический контакт трудно установим - удаленное проживание для амбулаторного лечения
2) Суицидальной попытки не было, о мыслях и/или планировании суицида больной также не сообщает. Однако высокий риск суицида выявляется при оценке психического статуса либо подтверждается объективными данными
В. Возможно лечение в режиме дневного стационара:
После суицидальной попытки, а также при наличии суицидального плана или мыслей, когда: - они являются реакцией на произошедшие события (межличностные проблемы, провал экзаменов и т.д.), при условии, если взгляд пациента на ситуацию изменился - суицидальный план /мысли имеют низкий риск летальности

- у больного имеется хорошая семейная/социальная поддержка - пациент сотрудничает, выполняет рекомендации, «заключен лечебный контракт»
Г. Другие формы помощи предпочтительнее госпитализации:
У больного очень длительное время присутствуют суицидальные мысли, также возможны нетяжелые самоповреждения (поверхностные порезы и т.д.) при наличии хорошей семейной/социальной поддержки и разработанного терапевтического плана в амбулаторных условиях

Таким образом, неотложные терапевтические мероприятия при суициде включают в себя два основных аспекта: **обеспечение безопасности пациента** и его **клиническая оценка**. Клиническая оценка должна быть направлена как на определение возможного психиатрического диагноза так и на установление рисков и других факторов, влияющих на суицидальное поведение. Раннее выявление индивидуальных факторов, способных предупредить повторные попытки позволят обеспечить успех кризисной интервенции и психотерапии.

6.2 Профилактическая (противорецидивная) терапия БАР

Цель – предотвращение рецидивов (новых аффективных фаз).

Задачи

- назначение нормотимического средства и подбор адекватной дозы

- оценка толерантности и эффективности терапии

- сохранение эутимного периода и симптоматическая коррекция легких новых или резидуальных аффективных и других психических нарушений

- контроль соматоневрологического состояния пациента

- сохранение преморбидного уровня социальной адаптации и качества жизни

Условия проведения – амбулаторно

Выбор препарата для профилактической терапии должен осуществляться с учетом соматоневрологического статуса пациента и вероятных побочных эффектов препаратов и противопоказаний к их назначению (табл. 3), варианта течения заболевания, преобладающей полярности аффекта, эффективности того или иного препарата на остром этапе заболевания у данного больного.

Таблица 3 Меры предосторожности и противопоказания к применению лития (ЛИ), карбамазепина (КАР), вальпроата (ВАЛ) и ламотриджина (ЛАМ)

	ЛИ	КАР	ВАЛ	ЛАМ
?Абсолютные противопоказания	1. Заболевания почек со снижением их функции (гломерулонефрит, пиелонефрит и др.)	1.Атрио-вентрикулярная блокада и другие нарушения сердечного ритма. 2. Аллергическая гиперчувствительность к КАР или трициклическим антидепрессантам. 3. Сочетание с ИМАО или применение менее, чем через 2 недели после их отмены. 4. Тяжёлые заболевания печени со снижением функции.	1. Аллергическая гипер чувствительность к ВАЛ 2. Тяжёлые заболевания печени со снижением функции (острые и хронические гепатиты и **др.)** 3. Геморрагический диатез.	1. Аллергическая гиперчувствительность к ЛАМ
Относительные противопоказания	1. Эу- и гипотиреоидный зоб, микседема. 2. Бессолевая диета. 3. Помутнение хрусталика (старческая катаракта). 4. Костные заболевания, сопровождающиеся остеопорозом. 5. Заболевания, протекающие с высокой температурой и обильным потоотделением. 6. Первые 3 месяца беременности и период лактации (50% содержания в крови проникает в молоко).	1. Повышение внутриглазного давления (глаукома). 2. Сердечно-сосудистая недостаточность. 3. Почечная и печёночная недостаточность. 4. Пожилой возраст. 5. Заболевания крови, сопровождающиеся угнетением белого ростка. 6. Аденома предстательной железы. 7. Первые 3 месяца беременности и период лактации (30 -60% содержания в крови проникает в молоко).	1. Сердечно-сосудистая недостаточность. 2. Почечная и печёночная недостаточность. 3. Заболевания крови (особенно сопровождающиеся тромбоцитопенией). 4. Первые 3 месяца беременности и период лактации (1-10% содержания в крови проникает в молоко, поэтому в этих случаях выбор ВАЛ предпочтителен)	1. Почечная недостаточность. 2. Печеночная недостаточноть. 3. Беременность и период лактации.???
Предосторожности	1. Контроль функции щитовидной железы 1 раз в 6 месяцев. 2. Анализ крови общий 1 раз в 6 месяцев. 3. Контроль за функцией почек (анализ мочи, определение концентрационной	1. Вождение автомобиля и управление различными механизмами. 2. Контроль форменных элементов крови 1 раз в месяц (еженедельно в первый месяц лечения). 3. Контроль за функцией печени 1 раз в 6 месяцев. 4. Анализ мочи 1 раз в 6 месяцев, включая клиренс креатинина.	1. Контроль форменных элементов крови и свёртываемости 1 раз в 6 месяцев. 2. Контроль за функцией поджелудочной железы 1 раз в 6 месяцев. 3. Обследование желудка 1 раз в год. 4. Контроль за функцией печени 1 раз в 6 месяцев (в первый месяц лечения допускается	1. Вождение автомобиля и управление различными механизмами 2.Тщательный контроль возможных аллергических реакций 3. снижение дозировок при нарушении функции печени и почек 4. назначать с осторожностью при беременности и лактации 5. коррекция дозы при

	способности почек, клиренса креатинина, электролитов, азота мочевины в крови) 1 раз в 6 месяцев. 4. Обследование окулиста (выявление начальных форм помутнения хрусталика) 1 раз в год.	5.ЭКГ 1 раз в 6 месяцев 6. Анализ крови на электролиты (проверка гипонатремии) 1 раз в 6 месяцев.	транзиторное повышение трансаминаз). 5. Анализ мочи 1 раз в год (может давать ложно оложительную реакцию на ацетон).	назначении или отмене сопутствующей терапии
В анамнезе особое внимание обращать на:	1. Воспалительные заболевания почек. 2. Нарушения функции щитовидной железы.	1. Кожные аллергические реакции. 2. Гепатиты. 3. Угнетение функции кроветворного ростка костного мозга. 4. Нарушения сердечного ритма.	1. Аллергические гепатиты. 2. Нарушение системы свёртывания крови.	1. Аллергические реакции

Подбор дозы препарата проводится в соответствии с учетом индивидуальной переносимости, рекомендуемого диапазона терапевтических доз, фармакокинетических параметров (табл. 4), сопутствующей терапии и должен соответствовать схеме в утвержденной инструкции к применению препарата.

Таблица 4. Некоторые сравнительные фармакокинетические параметры лития (ЛИ), карбамазепина (КАР), вальпроата (ВАЛ) и ламотриджина (ЛАМ)

Параметры\препарат	**ЛИ**	**КАР**	**ВАЛ**	**ЛАМ**
1. Наиболее частый интервал среднесуточных доз в г	**0,6 - 1,2**	**0,4 - 1,0**	**0,6 - 1,4**	**0,2-0,4**
2. Оптимальный интервал терапевтической концентрации в плазме крови	**0,5 - 0,8 м моль/л**	**6-8 м кг/мл**	**50 - 100 мкг/мл**	**2-10 мкг/мл**
3.Зависимость между концентрацией препарата в крови и эффектом	**++ (чёткая, прямая)**	**?** (сомнительная)	**+ (непрямая) менее очевидна по сравнению с**	**?**

профилактической терапии			**ЛИ**	
4. Токсическая концентрация	**1,5 ммоль/л**	**18 мкг/мл**	**200 мкг/мл**	**?**
5.Аутоиндукция печёночных ферментов (возможность спонтанного снижения препарата в крови с необходимостью корректировки дозы)	**-**	**+**	-	**-**
6. Пик сывороточной концентрации при пероральном приёме	**через 1 - 3 часа**	**через 4-10 часов**	**через 1 - 4 часа**	**Через 2,5 часов**
7. Связывание с белками крови (в %)	**0**	**75**	**90**	**55**
8. Время полужизни в крови	**8-41 часов (в среднем 24 ч)**	**30 - 40 час (8-17 час. при длительном применении вследствие ферментатив. аутоиндукции)**	**8 -17 часов**	**24-35 час (в среднем - 32,8 часов)-однократная доза.**
9. Достижение стабильной фазы концентрации в плазме крови	**через 2-6 дней (не меняется при длительном приёме)**	**через 7-10 дней сначала и через 3-5 дней при изменении дозы после длительного приёма**	**через 2 дня (не меняется при длительном приёме)**	**через сутки (изменения при длительном приеме неизвестны)**
10. Основные пути выведения из организма	**80-90% с мочой в неизменном виде**	**2% с мочой и калом в неизменном виде, остальное ме-таболизирует-ся в печени путём гидрокси-лирования и послед соед. с глюкуроно-вой кислотой**	**3% с мочой и калом в неизменном виде, остальное ме-таболизиру-ется в печени путём соединения с глю-куроновой кислотой**	**10% с мочой и 2% с калом в неизменном виде, остальное метаболизируется в печени путем соединения с глюкуроновой кислотой**

Тактика профилактической терапии имеет некоторые различия при альтернирующем течении и быстроциклическом или континуальном течении БАР. Учитывая широкое индивидуальное многообразие вариантов течения и клинических ситуаций, возникающих в процессе многолетней профилактической

терапии, алгоритм лечения может быть представлен лишь в общем виде с указанием основных этапов и последовательности действий (см рис. 3 и рис. 4).

6.2.1 Тактика и этапы профилактической (противорецидивной) фармакотерапии БАР

В случае развития на первом этапе профилактической терапии очередной фазы или предрецидивных (субсиндромальных) расстройств проводится купирование острой симптоматики (см. алгоритм купирования мании на рис. 1 и алгоритм купирования биполярной депрессии на рис. 2) и попытка оптимизации профилактической терапии (увеличение дозы назначенного ранее нормотимика или АВП с последующей оценкой профилактической эффективности).

Если терапия вновь оказалась неэффективной, нормотимик заменяется. Если к концу периода оценки наблюдается частичный эффект терапии, т.е. фазообразование сохраняется с меньшей частотой и (или) тяжестью симптоматики, рекомендуется введение в схему второго нормотимика или АВП (предпочтительно, оланзапина или кветиапина). При этом подбор дозировок должен проводиться с учетом возможных лекарственных взаимодействий. Если подобранная на первом этапе терапии доза нормотимика оказывается эффективной, но наблюдаются побочные эффекты препарата, можно рекомендовать попытку снижения дозы до переносимой. Если в такой ситуации эффект терапии полностью утрачивается, следует заменить основной препарат на другой нормотимик (при частичном эффекте возможна комбинированная терапия нормотимиками или добавление АВП). В случае развития у пациента осложнений или сопутствующих заболеваний, препятствующих проведению терапии назначенным препаратом, необходимо сменить нормотимик и сделать новую попытку налаживания профилактической терапии.

Второй этап осуществляется после полного подавлении фазообразования. Его целью является сохранение эутимного периода и контроль соматоневрологического состояния пациента. Следует учитывать, что на этом этапе терапии даже после нескольких лет устойчивой ремиссии возможна утрата эффективности первоначально назначенной терапии или развитие поздних побочных эффектов, осложнений или сопутствующих заболеваний, являющихся противопоказанием к продолжению лечения в прежнем режиме. В этом случае коррекция терапии проводится с соблюдением подходов первого этапа.

При устойчивом эффекте лечение продолжается неопределенно долго. Попытка прекращения терапии возможна не ранее 5 лет стабильной ремиссии и только по инициативе пациента, при его настойчивом желании, либо в случае планируемой беременности у женщин, в случае, если потенциальный риск для плода превышает пользу от продолжения терапии. Нужно предупредить пациента о высоком риске обострения и постараться убедить в необходимости продолжения терапии неопределенно долго.

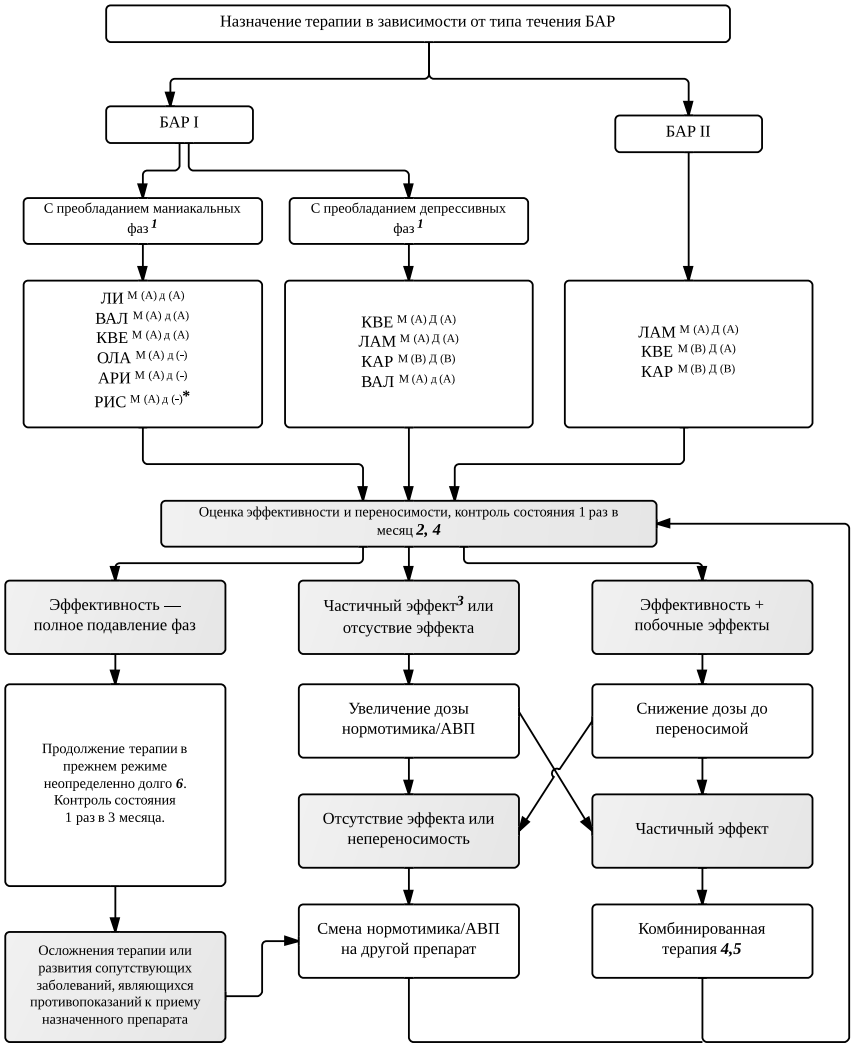
Успех профилактической терапии невозможен без регулярного систематического активного наблюдения пациента. В настоящее время не существует каких-либо точных рекомендаций по частоте проведения осмотров пациентов в период профилактики. Наиболее общими являются рекомендации проведения ежемесячных визитов в период подбора профилактической терапии. После достижения устойчивой ремиссии длительностью 2 года, визиты могут проводиться с интервалом в 3 месяца. Во время визита врачу необходимо выявить и оценить все детали возможных изменений психического статуса пациента за прошедший период времени и переносимость назначенных препаратов, а также наметить и обсудить с пациентом план дальнейшей терапии. В сжатые временные рамки визита такая задача трудно выполнима. Часто из-за дефицита времени пациент не успевает или забывает обсудить значимые для него вопросы и, уходя, испытывает неудовлетворенность, беспокойство и ищет возможности повторного визита или дополнительного телефонного контакта с врачом, что существенно осложняет и работу врача и положение пациента. Для эффективного использования времени, отведенного для контакта с врачом, могут служить стандартизованные формы самоотчета пациента, которые выдаются ему на руки для заполнения дома в период между визитами и непосредственно перед визитом к врачу **(см. Лист самоотчета в приложении 2).**

Такая оценка состояния, самостоятельно регулярно регистрируемая пациентом, способствует формированию у него опыта контроля собственного состояния. Кроме того, в периоды обострений, когда, например, в депрессии пациент утрачивает веру в возможность установления ремиссии, или напротив, в период мании утверждает, что никогда не испытывает проблем, заполненные ранее

рукой пациента карты могут служить убедительным доводом в необходимости лечения.

Рис. 3. Алгоритм проведения профилактической (противорецидивной) терапии БАР (альтернирующее течение)

Алгоритм профилактической (противорецидивной) фармакотерапии БАР



* Уровень доказательности приведен для пролонгированной инъекционной формы рисперидона

Примечания к алгоритму:

1. При выборе нормотимика для первого этапа профилактической терапии следует учитывать доминантную полярность заболевания. При наличии противопоказаний к терапии препаратами первого выбора возможно назначение любого из перечисленных нормотимиков. Исключением является ЛАМ, эффективность которого доказана только при БАР-II, и значит, он не может быть препаратом первого выбора у больных с преобладанием маниакальных фаз.

2. Минимально необходимый срок для становления нормотимического действия препарата 1 год. Поэтому минимальный период оценки любой профилактической терапии составляет не менее одного года. В тоже время он определяется индивидуально для каждого больного в зависимости от особенностей течения заболевания, а именно от длины цикла, который включает в себя фазу или сдвоенную фазу и интермиссию. Индивидуальный период времени необходимый для оценки эффективности профилактической терапии должен быть эквивалентен троекратной длине последнего цикла. Оценка эффективности профилактической терапии всегда проводится путем сравнения частоты и тяжести аффективных фаз в равные по продолжительности периоды времени перед началом терапии нормотимиками и с момента ее начала.

3. Частичный эффект - сокращение суммарной длительности периодов болезни не менее, чем на 1/3 за равные по продолжительности периоды времени до начала профилактики и после ее начала и/или уменьшение выраженности симптоматики сохраняющихся фаз.

4. Комбинировать между собой можно любые нормотимики, кроме КРБ и ВН, из-за их интеркуррентного взаимодействия на уровне печеночных ферментов. Необходимо учитывать их взаимодействие на уровне печеночных ферментов (см. инструкцию к медицинскому применению препаратов). Например, индукторы микросомальных ферментов (карбамазепин) снижают концентрацию ламотриджина и вальпроата , в свою очередь, вальпроат, повышает концентрацию ламотриджина. В связи с этим может требоваться коррекция дозировок указанных препаратов.

5. При неэффективности нормотимиков или при высоком удельном весе психотической симптоматики в периоды обострений возможно использование АВП.

6. Отмена только по инициативе пациента и его настойчивом желании, либо в случае планируемой беременности у женщин, если потенциальный вред для плода при продолжении терапии превосходит пользу для матери. При отмене обязательным является обсуждение с пациентом пользы/риска принятого решения и других терапевтических стратегий.

6.2.2 Тактика и этапы терапии больных с континуальным и быстроциклическим течением

При лечении больных БАР с быстроциклическим течением соблюдаются общие принципы проведения профилактической терапии БАР. При этом, однако, следует учитывать некоторые особенности терапии этих наиболее труднокурабельных больных БАР.

Первым шагом в терапии этого контингента больных является обнаружение и исключение возможных медикаментозных факторов, способствующих формированию и поддержанию аффективной неустойчивости с учащением фазообразования. Учитывая, что все антидепрессанты, особенно трициклические, могут вызывать инверсию фазы, попытка их отмены должна быть первым шагом при ведении больных с БЦ. Даже при преобладании депрессивной симптоматики предпочтение следует отдавать нормотимической терапии. Вопрос о назначении антидепрессантов в период депрессивной фазы должен решаться, исходя из анализа неизбежности такого шага на основании оценки таких факторов, как суицидальный риск, длительность и тяжесть депрессивных фаз, степень привносимого ими нарушения социальной адаптации пациента, его семейного положения, наличие или отсутствие поддержки со стороны близких и т.п. Психосоциальная поддержка

может оказать существенную помощь при лечении депрессивной фазы и снизить интенсивность рецидивирования. Некоторые психосоциальные методики, разработанные специально для БАР, способны уменьшать интерперсональные конфликты, нивелировать потенциальные триггерные механизмы развития фазы и/или сглаживать циркадианную ритмику.

При выборе нормотимика предпочтение должно отдаваться антиконвульсантам, учитывая их большую эффективность в сравнении с карбонатом лития при БЦ течении. При неэффективности первого назначенного нормотимика необходимо решить вопрос о дальнейшей терапевтической тактике, а именно – смене нормотимика или проведении ЭСТ с последующим назначением нормотимической терапии. Вероятно, при тяжелом течении заболевания с развернутыми аффективными фазами, короткими эутимными периодами или континуальным течением целесообразно проведение ЭСТ уже на ранних этапах терапии. Проведение поддерживающей ЭСТ возможно у пациентов с предшествующей эффективностью обрывающего курса ЭСТ и неэффективностью комбинированных схем нормотимических препаратов.

Терапия БЦ течения БАР требует систематического тщательного наблюдения за состоянием пациента. Для оценки эффективности назначенной терапии необходима оценка динамики фазообразования. Факт купирования текущего эпизода сам по себе не может расцениваться как проявление положительного эффекта терапии, также как единичное обострение не должно быть основанием для смены нормотимика из-за его неэффективности. Хорошим подспорьем в оценке эффективности терапии и выработке решения о дальнейшей терапевтической тактике может служить ежедневно заполняемая пациентом карта самооценки состояния (см. Приложение 1 – Карта самостоятельной регистрации колебаний настроения). Это особенно важно в психообразовательных целях, так как в карте наглядно прослеживается постепенное урежение, укорочение или уменьшение тяжести эпизодов. Даже в случае сохраняющихся рецидивов тяжелой депрессии или мании любые свидетельства уменьшения

интенсивности фазообразования в течение первых трех месяцев оценки использованной терапевтической тактики могут являться предвестниками грядущего улучшения. Эффекты вновь назначенного нормотимика или отмены антидепрессантов могут не проявляться в течение нескольких месяцев. Поэтому результаты терапевтической тактики, которые регистрируются в период меньший, чем длительность трех циклов или четырех месяцев являются лишь ориентировочными, но не показательными. В большинстве ситуаций для оценки эффективности вновь назначенной терапии требуется шесть месяцев и более.

Несмотря на то, что клиническая необходимость подчас определяет невозможность откладывания интенсификации терапии более чем на четыре месяца, необходимо сделать все возможное для сохранения выжидательной тактики с учетом известных сроков становления эффекта любой нормотимической терапии. Только такая тактика дает возможность получить реальные представления об эффективности того или иного препарата. В этот необходимо использовать максимально переносимые дозы препаратов, обеспечивающие оптимальную эффективность. Увеличение дозы нормотимика может способствовать как уменьшению фазообразования, так и купированию маниакальной или депрессивной симптоматики в период рецидива. Такая тактика, наряду с использованием «терапии прикрытия» в ряде случаев позволяет избежать назначения АПП в периоды маний или антидепрессантов в периоды депрессий и, таким образом, снизить риск провокации усиления цикличности. Использование бензодиазепиновых транквилизаторов, которые доступны в инъекционных формах, позволяет в большинстве случаев контролировать психомоторное возбуждение при мании или выраженную тревогу при депрессии в условиях стационара. При необходимости использования антипсихотиков предпочтение должно отдаваться АВП.

При тяжелых депрессиях, особенно с суицидальными тенденциями, избежать назначения антидепрессантов не представляется возможным. В этих случаях используется тактика лечения БД (см. раздел 6.1.2), а после купирования симптоматики

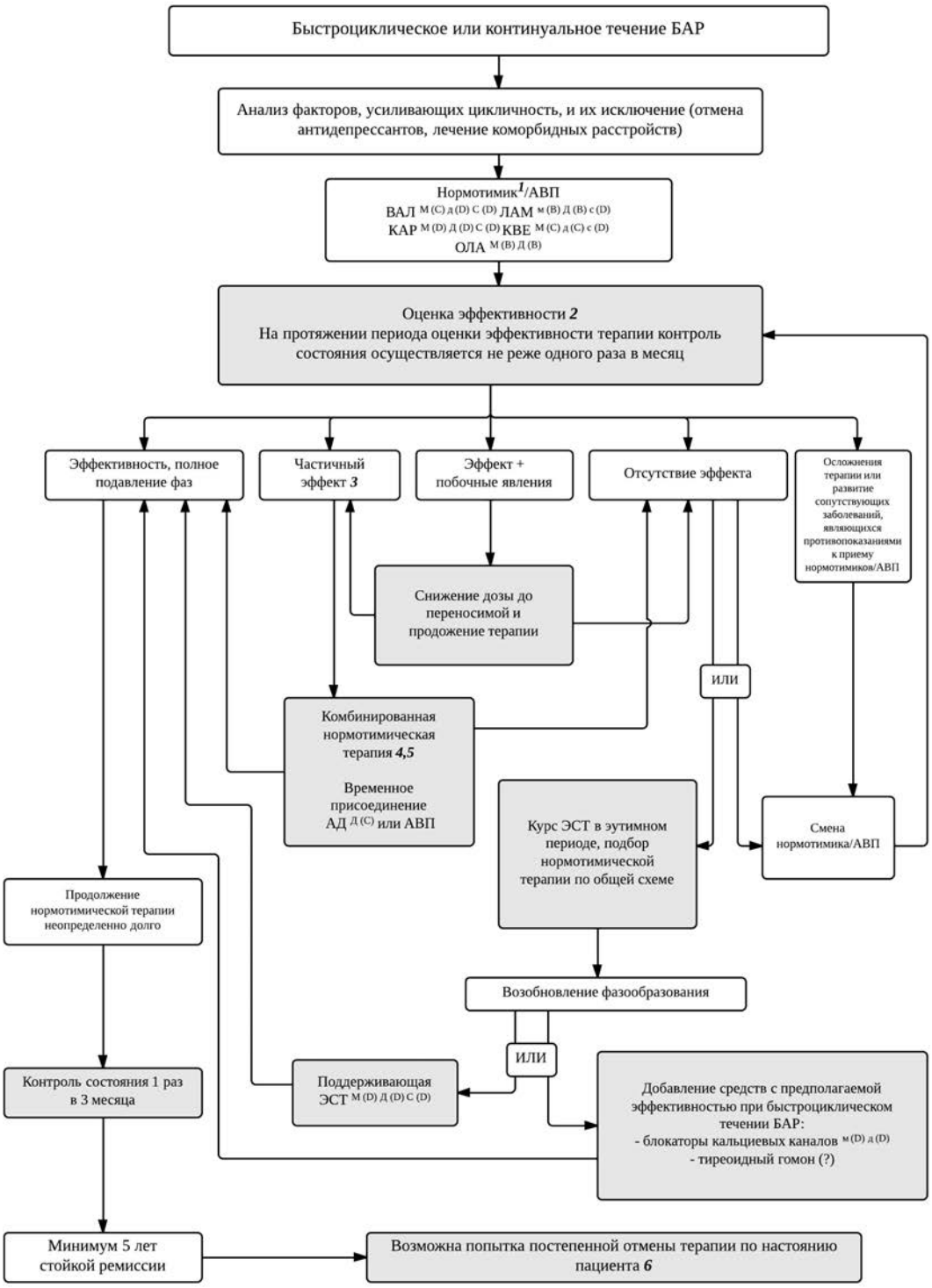
вновь возвращаются к методам, направленным на обрыв БЦ течения. При этом лечение острого эпизода проводится без отмены предшествующей нормотимической терапии.

В случае неэффективности подобранной на первом этапе нормотимической терапии на протяжении периода времени равного трем циклам или в течение шести месяцев рекомендуется смена препарата. В случае частичного эффекта в зависимости от клинической необходимости может быть рекомендовано продолжение периода наблюдения или присоединение второго нормотимика.

Противорецидивная терапия в режиме лечения БЦ в большинстве случаев сохраняется даже тогда, когда течение заболевания уже не отвечает этим критериям. Для пациентов с 1-3 эпизодами в год, основные усилия должны быть направлены на достижение более длительной ремиссии с целью максимального улучшения качества их жизни.

Рис.4

Алгоритм биологической терапии при континуальном и быстроциклическом течении БАР



Примечания к алгоритму

1. До начала терапии необходимо отменить терапию антидепрессантами (если они имеются в схеме лечения), исключить коморбидные расстройства (гипотиреоз и другие гормональные заболевания) и провоцирующие факторы (алкоголь, ПАВ, препараты, содержащие женские половые и тиреоидные гормоны), убедиться в соблюдении больным режима нормотимической терапии (при необходимости проверить концентрацию в плазме крови). Выбор нормотимика проводится с учетом большей эффективности антиконвульсантов по сравнению с литием при БЦ, исходя из особенностей течения заболевания и соматоневрологического состояния пациента. Если пациенту уже был назначен какой-либо нормотимик при купировании фазы, целесообразно продолжить его применение.

   При БЦ течении БАР с преобладанием маниакальных фаз или при недостаточной эффективности первоначально назначенного нормотимика для контроля маниакальных фаз предпочтение должно отдаваться вальпроату натрия и карбонату лития. Учитывая недостаточную эффективность лития при БЦ течении, но в то же время его очевидную эффективность при купировании маниакальной симптоматики, в комбинированной схеме карбонат лития должен применяться с антиконвульсантами (вальпроат, топирамат, леветирацетам). При недостаточной эффективности комбинированной терапии нормотимиками целесообразно введение в схему АВП (арипипразол, оланзапин, рисперидон, кветиапин) или блокаторов кальциевых каналов (нимодипин, дилтиазем). Наилучшая доказательная база среди этих препаратов имеется в отношении кветиапина (категория В).

   При БЦ течении БАР с преобладанием депрессивных фаз или при БАР II типа предпочтение должно отдаваться карбамазепину и ламотриджину. При недостаточной эффективности нормотимиков возможно добавление в схему тиреоидного гормона (тироксин) или АВП. При развитии очередной депрессивной фазы и установленной неэффективности нормотимиков для ее купирования возможно дополнительное использование кветиапина или СИОЗС. После купирования депрессивной симптоматики антидепрессанты должны быть отменены.

   2,3,4,5,6– см. комментарии (примечание) к *Рис 3. Алгоритм профилактической (противорецидивной) фармакотерапии БАР.*

6.3 Ведение пациенток в период беременности

БАР не является абсолютным противопоказанием для беременности и рождения ребенка. Риск развития рецидива существенно увеличивается в случае отмены лекарственной терапии в период беременности, особенно, если отмена препаратов проводилась быстро. С точки зрения развития рецидивов наиболее опасен послеродовый период.

При выборе терапевтической тактики на период беременности у женщин, страдающих БАР, с устойчивой ремиссией необходимо учитывать частоту предшествующих эпизодов, возраст, ситуацию в семье, т.е. возможность обеспечить уход за новорожденным в случае рецидива у матери. Вопрос о применении психотропных препаратов в период гестации должен решаться индивидуально в каждом конкретном случае после тщательного взвешивания соотношения польза/риск лекарственных средств и отсутствия фармакотерапии. В более молодом возрасте и при менее тяжелом течении БАР целесообразна полная или частичная отмена терапии на период по крайней мере первого триместра беременности и применение психотерапевтических методов лечения, однако у большинства женщин со среднетяжелыми и тяжелыми формами психических заболеваний польза от фармакотерапии, как правило, превышает ее риск. Для женщин более старшего возраста и для тех, у кого прежде наблюдалось тяжелое течение БАР может быть рекомендовано продолжение терапии в период беременности с регулярным ультразвуковым контролем плода или амниоцентез для выявления возможных тератогенных эффектов.

Все вопросы планирования и ведения беременности у женщин, страдающих БАР, должны решаться коллегиально с учетом мнения психиатра, гинеколога и педиатра, исходя из соображений соотношения «вред-польза» для матери и будущего ребенка.

При выборе терапевтической стратегии в период беременности необходимо учитывать потенциальное тератогенное действие назначенных с профилактической целью препаратов и риск развития обострения в период беременности и родов. К числу наиболее часто применяемых препаратов во время беременности относятся нормотимики – препараты лития и антиконвульсанты (ВАЛ, КАР, ЛАМ). Как известно, исследований тератогенного действия препаратов у женщин в период беременности не проводится по

этическим соображениям. В то же время многолетний опыт клинического применения ЛИ, ВАЛ, КАР и ЛАМ показал увеличение риска тератогенных эффектов у женщин, получавших эти препараты в первый триместр беременности.

Считается, что ЛИ повышает риск возникновения врожденных сердечнососудистых дефектов, особенно аномалии Эбштейна. Абсолютный риск развития врожденных аномалий сердца при применении ЛИ во время беременности достаточно низок. Кроме того, аномалии Эбштейна развиваются только в том случае, когда воздействие ЛИ на плод совпадает по срокам с периодом формирования сердца в процессе органогенеза (преимущественно 3-6 неделя гестации).

Женщине, планирующей беременность, препараты лития рекомендуется, по возможности, отменять, по крайней мере, на время I триместра. В случае наступления беременности на фоне лечения ЛИ целесообразно подробно обсудить с женщиной пользу и риски, связанные с продолжением лечения, и вместо отмены препарата предложить ей тщательный мониторинг концентраций лития в крови и состояния плода. Это связано с тем, что постепенная отмена ЛИ на протяжении 2-4 недель при наступившей беременности не позволяет снизить риск тератогенного действия, а его резкая отмена сопряжена с высоким риском развития рецидива. В случае необходимости применения нормотимических средств во время беременности, включая I триместр, литий в связи с невысоким абсолютным риском тератогенности и достаточно хорошей изученностью рассматривается в качестве препарата выбора.

ЛИ обладает узким терапевтическим индексом. Диапазон его терапевтических концентраций составляет 0,6-0,8 ммоль/л при применении в качестве препарата поддерживающей терапии и 0,8-1.2 ммоль/л - при лечении маниакальных состояний. Несмотря на узкий терапевтический индекс, наблюдается корреляция между дозами лития, его концентрациями в крови и токсическими эффектами, поэтому мониторинг концентраций в крови позволяет существенно повысить безопасность терапии. Кроме того, в период лечения необходимо контролировать уровни электролитов в сыворотке крови, а также функцию почек и щитовидной железы, так как литий может вызывать почечную недостаточность, гипотиреоз и в редких случаях гипертиреоз у матери.

Дозы препаратов ЛИ подбираются индивидуально на основании данных мониторинга концентраций в крови. На высокие концентрации препарата в сыворотке крови и необходимость коррекции дозы могут указывать такие симптомы как тремор, седация и забывчивость.

Экскреция ЛИ почками повышается по мере увеличения сроков беременности, что обычно вызывает необходимость повышения его доз. Во время родов почечный клиренс лития резко падает. С целью предотвращения токсических эффектов рекомендуют его отмену или снижение дозы за 7-10 дней до родов с последующим возобновлением приема после родов. Отмена ЛИ в день родов нецелесообразна, так как сопряжена с высоким риском развития аффективного эпизода в послеродовом периоде. Женщины, получающие ЛИ, должны находиться в период родов под тщательным медицинским контролем. У них необходимо поддерживать адекватную гидратацию, а при длительных родах предусмотреть внутривенное введение жидкости. Фармакокинетические характеристики ЛИ и рекомендации по его мониторингу в период гестации суммированы в табл. 5.

Таблица 5. Фармакокинетические характеристики лития и рекомендации по применению и мониторингу во время беременности

Особенности фармакокинетики	Рекомендации
Во вторую половину беременности клиренс повышается на 30% - 50% Уровень терапевтических концентраций в сыворотке крови 0.6 - 1.2 мэкв/л Период полувыведения: 22 часа	Перед назначением необходимо определить функцию щитовидной железы и почек. Определять концентрацию ТТГ каждые 3-6 месяцев Применять в минимальной эффективной дозе. Обычно доза составляет 900-1200 мг/сут для поддерживающей терапии и 1200-2400 мг/сут при остром эпизоде

	Для того, чтобы избежать создания высоких концентраций в крови, делить суточную дозу на несколько приемов. По возможности, избегать применения в первом триместре. *Легкая форма заболевания в стабильном состоянии*: постепенная (> 2 недель) отмена до беременности и разработка плана ведения при беременности, по возможности, без поддерживающей терапии. *Тяжелая форма заболевания с умеренным риском рецидива:* оценить пользу и риск; по возможности, избегать применения, по крайней мере, в первом триместре. *Тяжелая форма заболевания с высоким риском рецидива:* продолжать терапию на протяжении беременности при условии согласия женщины, проинформированной о риске тератогенности. Уровни препарата в крови в период беременности могут снижаться, необходимо регулярное мониторирование концентраций. Измерение уровня концентраций в крови следует проводить ежемесячно в 1-ую половину беременности, еженедельно – в III триместре. Поддерживать гидратацию у матери.

	Если препарат отменяли во время родов, возобновлять применение в послеродовом периоде, как только стабилизируется состояние женщины, в дозе, которая использовалась до беременности. При применении в I триместре - провести на 16-18-ой неделе ультразвуковое исследование с высоким разрешением и эхокардиографию у плода

Токсические эффекты ЛИ у новорожденного обычно проявляются летаргией и синдромом «вялого младенца» (floppy baby syndrome), для которого характерны респираторные нарушения, цианоз и снижение мышечного тонуса. Эти симптомы являются дозозависимыми и развиваются на фоне высокого уровня лития в крови в поздние сроки беременности. Обычно они носят легкий и транзиторный характер. Влияние ЛИ на отдаленные исходы развития детей остается неизвестным.

Использование антиконвульсантов на ранних сроках гестации может приводить к развитию дефектов сердца, нервной трубки, конечностей, гениталий, характерных черепно-лицевых аномалий, микроцефалии, расщелин губы и неба, а также замедлению внутриутробного роста. Максимальный риск при монотерапии препаратами этой группы ассоциируется с применением высоких доз вальпроевой кислоты.

Внутриутробное воздействие ВАЛ ассоциируется с повышенным риском когнитивных и поведенческих проблем у детей. Особенно высокий риск нейроповеденческих нарушений наблюдается при применении ВАЛ в комбинации с другими психотропными средствами. В 3-летнем возрасте у детей, подвергшихся внутриутробному воздействию вальпроата, отмечалось отставание по уровню IQ в среднем на 9 и 6 баллов ниже, чем у их сверстников, матери которых получали во время беременности ЛАМ и КАР, соответственно.

КАР может вызывать дефицит витамина К у плода, приводя к развитию кровотечений у новорожденного и нарушению морфологии лица. Кроме того, описаны случаи транзиторной гипербилирубинемии у новорожденных. Возможно также негативное дозозависимое влияние КАР на вербальные функции детей 2-3 лет, подвергшихся его воздействию в пренатальном периоде.

Ограниченность и противоречивость данных не позволяют сделать окончательного заключения о наличии тератогенного потенциала у ЛАМ, однако он представляется более безопасным препаратом для беременных, чем ВАЛ и КАР. У новорожденных, внутриутробно подвергшихся действию ЛАМ, потенциально возможно развитие токсических эффектов, включая кожную сыпь.

Риск развития тератогенных эффектов наиболее высок при сочетанном применении антиконвульсантов. Наиболее опасной с точки зрения развития врожденных дефектов считается комбинацию ВАЛ с КАР. К настоящему моменту имеются указания на развитие больших врожденных аномалий у детей, матери которых принимали комбинацию ВАЛ и ЛАМ и полное их отсутствие у детей, подвергшихся воздействию комбинации КАР и ЛАМ.

С целью профилактики врожденных аномалий при применении антиконвульсантов во время беременности рекомендуется назначать фолиевую кислоту в суточной дозе 3-5 мг. Фолиевая кислота в виде монотерапии или в комбинации с другими витаминами и минералами предотвращает дефекты нервной трубки, но не оказывает протективного действия в отношении других врожденных аномалий.

Концентрации большинства антиконвульсантов снижаются на протяжении беременности, поэтому рекомендуется их мониторинг. Например, концентрации ВАЛ в крови в третьем триместре снижаются на 50%, однако уровни активной не связанной с белками фракции препарата существенно не изменяются. Концентрации ЛАМ в плазме крови в конце беременности в 3,6 раза ниже, чем до зачатья, во время родов – в 5,8 раза ниже. Поскольку концентрации антиконвульсантов в крови у беременных подвержены значительным межиндивидуальным колебаниям, в качестве контрольного показателя следует использовать уровень концентраций, определенный у женщины в предгравидарный период. Рекомендации по применению и терапевтическому

мониторингу антиконвульсантов у беременных женщин представлены в таблице 6.

Таблица 6. Фармакокинетические характеристики антиконвульсантов и рекомендации по их применению и мониторингу во время беременности [67]

Препарат	**Фармакокинетика**	**Рекомендации**
ВАЛ	Клиренс варьирует Уровень терапевтических концентраций в сыворотке крови: 50-100 мг/мл Период полувыведения: 9-16 ч	По возможности, избегать применения во время беременности и/или в первом триместре. Снижение тератогенного риска наблюдается при применении в дозе < 1000 мг/сут (концентрации в сыворотке крови < 70 мкг/мл), разделенной на 3 приема. Однократное дозирование в сутки может приводить к созданию непредсказуемо высоких пиковых уровней Определение концентраций в крови рекомендуется ежемесячно во II триместре и еженедельно – в III триместре. Мониторировать уровни в крови. Применять витамин К в течение последнего месяца беременности и вводить новорожденному. Назначать фолиевую кислоту в период зачатия и в первом триместре. При применении в I триместре - провести к 18-ой неделе ультразвуковое исследование с высоким разрешением.
КАР	Клиренс варьирует Период полувыведения:	По возможности, избегать применения во время беременности и/или в первом

	вариабельный	триместре. При необходимости применения использовать в виде монотерапии, разделив суточную дозу на несколько приемов. Мониторировать сывороточную концентрацию не связанной с белками фракции препарата Определение концентраций в крови рекомендуется ежемесячно во II триместре и еженедельно – в III триместре. Назначать фолиевую кислоту во время зачатия и в первом триместре. Применять витамин К в течение последнего месяца беременности и вводить новорожденному У женщин, начавших применение после зачатия, более высокий риск серьезных побочных эффектов (агранулоцитоз, печеночная недостаточность, синдром Стивенса-Джонсона). При применении в I триместре - провести к 18-ой неделе ультразвуковое исследование с высоким разрешением и эхокардиографию плода.
ЛАМ	Нет стандартных сывороточных уровней Период подужизни:25 ч (варьирует при совместном применении с ферментоиндуцирующими антиконвульсантами) Повышение клиренса с	Для снижения риска врожденных аномалий рекомендуется применение в суточной дозе ниже 200 мг. Необходим тщательный подбор доз во время беременности и в раннем послеродовом периоде, так как во время беременности существенно повышается клиренс препарата.

	увеличением срока беременности, приводящее к более низким сывороточным уровням, после родов концентрации в крови быстро возвращаются к уровню до зачатья	

В случае принятия решения о прекращении терапии в период планирования беременности или при наступлении незапланированной беременности, отмену следует проводить постепенно (не менее 2 недель) в свзязи с увеличением риска развития рецидива при резкой отменен препаратов.

В случае, если отмена фармакотерапии не представляется возможной, в прегравидарном периоде следует оценить ответ на монотерапию в минимальной эффективной дозе. С этой целью надо попробовать постепенно снизить дозу лекарственного препарата. Возобновление симптомов заболевания на фоне снижения доз или отмены лечения, как правило, свидетельствует о необходимости продолжения фармакотерапии в период беременности.

При возможности следует ограничить применение ВАЛ во время беременности минимальной эффективной дозой в лекарственной форме с медленным высвобождением действующего вещества, максимальная суточная доза не должна превышать 1000 мг (в несколько приемов). При необходимости возможно его сочетание с другим нормотимическим средством (но не с КАР). Женщину необходимо проинформировать о повышенном риске неблагоприятного исхода для новорожденного, включая отставание ребенка в интеллектуальном развитии.

Предпочтение следует отдавать лекарственным средствам с наименее выраженным потенциалом тератогенного действия, по возможности, избегать комбинированной терапии. Однако наиболее важным фактором при выборе лекарственной терапии беременной является эффективность препарата в анамнезе. В ряде случаев подтвержденная эффективность может оправдать применение препаратам с относительно высоким тератогенным потенциалом.

Для предупреждения незапланированной беременности женщинам с БАР необходимо обеспечить надежную контрацепцию. При этом следует учитывать, что КАР в дозах, превышающих 1200 мг/сут, усиливает метаболизм оральных контрацептивов, в связи с чем при лечении этим препаратом, следует назначать другие методы контрацепции. У больных, получающих антиконвульсанты, индуцирующие изоферменты цитохрома P_{450} (в том числе, КАР), также может снижаться эффективность инъекционных и имплантируемых лекарственных форм гормональных контрацептивов. Были выявлены клинически значимые взаимодействия между ЛАМ и оральными контрацептивами. Оральные контрацептивы могут снижать концентрации ЛАМ на 49%, а ЛАМ, в свою очередь, способен снижать эффективность контрацепции. Другие лекарственные препараты, применяемые для лечения БАР совместимы с применением оральных противозачаточных средств, однако наиболее надежным методом контрацепции для женщин с БАР считается внутриматочный.

6.4 Психотерапия, психообразование и социально-реабилитационные мероприятия

Психосоциальная поддержка может оказать существенную помощь при лечении депрессивной фазы и снизить интенсивность рецидивирования на профилактическом этапе терапии. Некоторые психосоциальные методики, разработанные специально для БАР, способны уменьшать интерперсональные конфликты, нивелировать потенциальные триггерные механизмы развития фазы и/или сглаживать циркадианную ритмику.

Психообразовательная методика (уровень доказательности А) проводится с целью повысить осведомленность больного о природе заболевания, его течении, прогнозе и методах лечения. При этом решаются следующие основные задачи: улучшение комплаенса и активное формирование приверженности длительной противорецидивной нормотимической терапии; установление неоходимого альянса между лечащим врачом, пациентом и его родственниками; соблюдение режима терапии и регулярного мониторирования лабораторных анализов, включая определение препарата в крови, и побочных эффектов терапии; полное восстановление уровня социального функционирования; распознавание ранних проявлений рецидивов и вероятных

побочных эффектов; объективная оценка рисков, связанных с заболеванием и проводимой терапией (суицид, нарушения закона, злоупотребление психоактивными веществами, беременность и др.). Близкие к этим задачи при использовании психообразовательного подхода ставятся также при работе с семьями этих пациентов, включая также совладание со стрессом вследствие возникновения болезни у члена семьи и налаживание внутрисемейных отношений.

Пациенту и родственникам разъясняются порядок и правила приёма лекарственных средств, необходимость госпитализации в психиатрический стационар или амбулаторного лечения и наблюдения врачом-психиатром. В таблице 6 представлены некоторые наиболее важные пункты информации, которую следует освещать при проведении психообразовательных семинаров у больных, получающих различные нормотимики.

Таблица 6 . Специальная информация для обсуждения на психообразовательных семинарах при проведении длительной профилактической терапии различными нормотимическими средствами

Нормотимический препарат	Предупредить о возможности появления	Сообщить врачу при появлении	Специально обсудить
ЛИ	- легкого тремора - жажды - учащения мочеиспускания - сонливости - желудочно-кишечных расстройств	- тремора - нарушений речи - мышечных подергиваний - нарушений походки и равновесия - нарушений памяти	- регулярность лабораторных тестов - контроль за весом - соблюдение обычного солевого пищевого режима - тератогенный риск
ВАЛ	- желудочно-кишечных расстройств (тошнота) - сонливости - тремора	-сыпи - нарушений зрения - отеков - неожиданных синяков - вспучивании живота - желтухи - отеков лица - повышенного выпадения	- контроль за весом - возможные лекарственные взаимодействия - прием витаминов и минеральных веществ (фолаты, селений, цинк и др.)

		волос	- тератогенный риск
КАР	- сонливости - головокружения - желудочно-кишечных расстройств	- сыпи - желтухи - нарушений координации - аритмии, сердцебиений - отеков лица - неожиданных синяков	- контроль за весом - возможные лекарственные взаимодействия тератогенный риск - прием витаминов и минеральных веществ (фолаты, селений, цинк и др.)
ЛАМ	- бессонницы - сонливости - тошноты - головокружения	- сыпи - неожиданных синяков - спучивания живота - желтухи - отеков лица	- возможные лекарственные взаимодействия - прием витаминов и минеральных веществ (фолаты, селений, цинк и др.) -

Психотерапевтическое лечение (уровень доказательности С) показано лишь при относительно неглубоком уровне аффективных нарушений. Целесообразным является сочетание адекватной фармакотерапии с длительной когнитивно-поведенческой или интерперсональной психотерапией. Их комбинация более эффективна, чем любая монотерапия (уровень доказательности В). Кроме того, когнитивно-поведенческая психотерапия уменьшает риск рецидива у больных,

получающих длительную нормотимическую терапию (уровень доказательности В). В зависимости от фазы заболевания, личностных особенностей, социальной ситуации и поставленных терапевтических задач могут применяться различные методы психотерапии:

индивидуальная (когнитивно-поведенческая, психодинамическая, суггестивная, рациональная и др.);

групповая (интерперсональная, реинтегрирующая и др.);

семейная (поддерживающаяи др.)

Выбор методики зависит от особенностей состояния больного, степени социальной дезадаптации и сложившейся социальной ситуации, а также этапа оказания психиатрической помощи с оценкой первоочередных терапевтических задач. Предпочтительным является использование психообразовательного подхода с элементами проблемно-разрешающей техники.

Заключение

Расширение арсенала нормотимических препаратов, обладающих различным спектром психотропного действия, в современных условиях позволяет проводить более дифференцированную профилактическую терапию БАР. Поскольку четко верифицированных клинических или лабораторных предикторов эффективности той или иной нормотимической терапии не существует, врач при выборе терапии должен опираться на другие различные признаки. Выбор препарата осуществляется, прежде всего, с учетом особенностей течения заболевания, а именно преобладающей полярности фаз: карбонат лития и вальпроат натрия являются препаратами первого выбора в случаях, когда маниакальная симптоматика доминирует в течении заболевания, а карбамазепин и ламотриджин – при преобладающей депрессивной симптоматике. При быстроциклическом течении приоритет остается за карбамазепином, вальпроатом и ламотриджином.

Кроме того, следует учитывать эффективность того или иного препарата в предшествующих обострениях или у родственников

больного, наличие коморбидных расстройств (например, токсикоманической зависимости), признаки «органически неполноценной почвы» и т.д.

Другим немаловажным аспектом при выборе препарата для многолетней, практически пожизненной терапии, является соматоневрологический статус пациента и учет спектра побочных эффектов назначаемого средства. При купировании депрессивной и маниакальной симптоматики в периоды обострений препаратами первого выбора также являются нормотимики. В случае их недостаточной эффективности присоединяются антидепрессанты (при депрессии) или антипсихотики (при маниях и аффективно-бредовых состояниях), и дальнейшая купирующая терапия проводится на фоне нормотимиков. Назначение антидепрессантов и классических нейролептиков должно быть обоснованным и ограничиваться периодом купирующей терапии. При купировании маниакальных и смешанных состояний, а также при необходимости воздействовать на психотическую симптоматику в структуре депрессии или мании предпочтение должно отдаваться АВП, т.к. они реже вызывают ЭПС.

Проведение эффективной профилактической терапии требует использования адекватных дозировок назначенного препарата. Медикаментозная схема лечения должна быть подобрана с учетом индивидуальной переносимости пациентом препаратов таким образом, чтобы, с одной стороны, обеспечить максимальную их эффективность, с другой – нивелировать возможные побочные эффекты, которые часто сами по себе являются причиной отказа больного от какой-либо вообще профилактической терапии. Кроме того, на всем протяжении лечения необходимо придерживаться принципа гибкого динамичного подхода к выбору дозировок препарата с возможностью их коррекции при развитии рецидива или предрецидивных расстройств, а при невозможности такой коррекции своевременно переходить к смене терапии с использованием другого нормотимика или их комбинации.

В целом, фармакотерапия БАР должна быть дифференцированной, динамичной и максимально индивидуализированной. Выбор препаратов, тактика терапии и условия ее проведения должны исходить из соотнесения

доказательных данных, здравого клинического смысла, принципов индивидуальной необходимости и разумной достаточности. Ещё один важный аспект, позволяющий оптимизировать лечение и минимизировать врачебные ошибки, заключается в обсуждении клинических случаев во врачебном коллективе, с привлечением мнений более опытных коллег с последующим анализом предлагаемых подходов. И, наконец, фармакотерапия БАР является базовой, но не единственной составляющей лечения пациентов. Успех терапии определяется её комплексностью, сочетанием фармакотерапии, психосоциальных вмешательств и психотерапии.

Российское общество Психиатров psychiatr.ru

Приложения

Приложение 1

Карта самостоятельной регистрации колебаний настроения

Ф.И.О……………………………………………………………. Дата………………………

Лечение (отметьте число таблеток, принимаемых ежедневно)								
……………….мг	Атипсихотик……мг	……………….мг	Антидепрессант…мг	Антиконвульсант…мг	Бензодиазепин……м	Литий…………мг	Психотерапия	Ежедневные заметки
								Вес

Настроение оценивайте дважды в день для регистрации его улучшения и ухудшения

0=отсутствует 1=незначительная 2=умеренная 3=выраженная		Количество часов сна за прошедшую ночь	Депрессия			Норма	Подъем			Психотические симптомы, странные мысли, галлюцинации
			Тяжелая	Умеренная	Легкая	Настроение незначительно приподнято или снижено. Симптоматики нет. Обведите кружком дни менструаций	Легкий	Умеренный	Тяжелый	
Раздражи-тельность	Тревога		Значительное ухудшение Утрата трудо-способности	Значительное ухудшение Нет утраты трудо-способности	Незначи-тельное ухудшение		Незначи-тельное ухудшение	Значительное ухудшение Нет утраты трудо-способности	Значительное ухудшение Утрата трудо-способности	
						1				
						2				
						3				
						4				
						5				
						6				
						7				
						8				
						9				
						10				
						11				

					12				
					13				
					14				
					15				
					16				
					17				
					18				
					19				
					20				
					21				
					22				
					23				
					24				
					25				
					26				
					27				
					28				
					29				
					30				

Приложение 2

Лист самоотчета

Имя_____ Дата_____

Врач_____ И.Н._____

Со времени последнего визита:	Да	Нет
У Вас были периоды, когда Вы чувствовали подавленность и тоску большую часть дня почти ежедневно?	□	□
Если были, они продолжались две недели или более?	□	□
Вы чувствовали потерю интереса почти ко всему или переставали радоваться тому, что Вас обычно радует?	□	□
Если чувствовали, это продолжалось две недели или больше?	□	□
У Вас были периоды чрезвычайно приподнятого самочувствия или слишком бурной деятельности, так, что даже окружающие замечали Ваше не совсем обычное состояние, а чрезмерная активность приводила к неприятностям?	□	□
Если были, это было что-то большее, чем просто хорошее настроение?	□	□
Кто-нибудь (не из врачей) говорил Вам, что это болезненное состояние?	□	□
У Вас были периоды сильной раздражительности, при которых Вы почти без причины начинали кричать, спорить, могли ударить кого-то?	□	□
Вы считаете, что это неприятности вызывают у Вас перепады настроения?	□	□
Если да, расскажите, какие неприятности меняют Ваше самочувствие.		
Вы больны чем-либо?	□	□
Перечислите свои заболевания на данный момент.		
Вы принимаете психиатрические препараты, кроме назначенных нами?	□	□
Перечислите все лекарства, которые Вы принимаете.		
Дата начала последней менструации.		

За последние 10 дней сколько дней Вы чувствовали:

Тоску или подавленность большую часть дня?	___ из 10 дней	Повышенную раздражительность?	___ из 10 дней
Потерю способности радоваться и получать удовольствие?	___ из 10 дней	Тревогу?	___ из 10 дней
Ненормально приподнятое настроение?	___ из 10 дней		

За последнюю неделю:

Вспомните сутки, в которые Вы спали меньше всего. Сколько часов составил сон?	___ часов	Вспомните сутки, в которые Вы спали больше всего. Сколько часов составил сон?	___ часов

У Вас были:	**Да**	**Нет**	**У Вас были:**	**Да**	**Нет**
Приступы безотчетной тревоги?	□	□	Головные боли	□	□
Расстройства пищеварения?	□	□	Масса тела: _____		

Что Вы употребляете?

Кофе	___ чашек в день	Спиртное	(напитки) 1.___ мл в нед 2.___ мл в нед 3___ мл в нед
Сигареты	___ в день	Наркотики	(какие, сколько) 1.____ в нед 2. ___ в нед

	Ослабленное				**Нормальное**			**Усиленное**			
Оцените своё самочувствие за последнюю неделю по сравнению с нормальным состоянием в каждом пункте:	Всегда в сильной степени		Почти каждый день	Часто	Слабо или редко	Нормально	Слабо или редко	Часто	Почти каждый день		Всегда в сильной степени
Сон	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
Способность получать удовольствие и радоваться обычным вещам	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
Чувство собственного	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

достоинства											
Энергия	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
Способность сосредоточиться	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
Отвлекаемость	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
Аппетит	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
Суетливость, неуспокоенность	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
Темп мыслей и речи	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
Мысли о бесцельности жизни, мысли о самоубийстве	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
Болтливость	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
Вихрь мыслей	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
Вынашивание планов, начало новых дел	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
Поведение, которое со стороны может казаться безрассудным, рискованным	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

Какие лекарственные препараты Вы принимали со времени предыдущего визита?

Лекарственный препарат	Полная доза в сутки	Сколько Вы пропустили за неделю? (мг)	Побочные эффекты препарата	Если побочных эффектов не было, отметьте это

Приложение 3

HCL-32 .ЖИЗНЕННЫЙ ТОНУС, АКТИВНОСТЬ И НАСТРОЕНИЕ

В жизни любого человека бывают периоды «подъема» и «спада», сопровождающиеся изменениями жизненного тонуса, активности и настроения. Цель настоящего вопросника состоит в том, чтобы получить подробное описание периодов «подъема».

1) Прежде всего, опишите, как Вы себя чувствуете сегодня, по сравнению с Вашим обычным состоянием:

2)

Значительно хуже, чем обычно	Хуже, чем обычно	Немного хуже, чем обычно	Не лучше и не хуже, чем обычно	Немного лучше, чем обычно	Лучше, чем обычно	Значительно лучше, чем обычно
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2) Как Вы обычно оцениваете себя по сравнению с другими людьми?

Сделайте это вне зависимости от того, как Вы чувствуете себя сегодня. Выберите формулировку, которая наиболее точно отражает Вашу оценку себя по сравнению с другими.

… я такой же, как все	… я в общем получше	… я в общем похуже	… то лучше, то хуже, причем такие периоды повторяются
☐	☐	☐	☐

… я такой же, как все	… я в общем получше	… я в общем похуже	… то лучше, то хуже, причем такие периоды повторяются
☐	☐	☐	☐

3) Попробуйте припомнить период “повышенного” состояния. Как Вы себя тогда чувствовали? Пожалуйста, отвечайте на вопросы независимо от того, как Вы себя чувствуете сейчас.

		Да	Нет
1.	Мне требовалось меньше времени на сон	☐	☐
2.	У меня было больше энергии, и я был (была) более активным	☐	☐
3.	Я был (была) более уверен в себе	☐	☐
4.	Работа доставляла мне больше удовольствия	☐	☐
5.	Я стал более общительным (чаще звонил по телефону, больше выходил из дому)	☐	☐

		Да	Нет
6.	Мне хотелось путешествовать, и я действительно ездил гораздо больше	☐	☐
7.	Я стал водить автомобиль с большей скоростью и чаще рисковал	☐	☐
8.	Я тратил больше (слишком много) денег	☐	☐
9.	В повседневной жизни я чаще попадал в рискованные ситуации (и на работе, и в других обстоятельствах)	☐	☐
10.	Я стал больше двигаться (заниматься спортом и т.д.)	☐	☐
11.	У меня было много планов и проектов	☐	☐
12.	Я стал более изобретательным, у меня было много идей	☐	☐
13.	Я стал менее застенчивым и «закомплексованным»	☐	☐
14.	Я одевался (одевалась) более ярко и экстравагантно (использовала более яркий макияж)	☐	☐
15.	Мне хотелось чаще встречаться с людьми, и я действительно общался со многими	☐	☐
16.	Секс стал интересовать меня больше, чем обычно, половое влечение повысилось	☐	☐
17.	Я стал чаще флиртовать и (или) был более активен в сексуальном отношении	☐	☐
18.	Я много говорил	☐	☐
19.	Я думал быстрее, чем обычно	☐	☐
20.	Я много шутил и каламбурил	☐	☐
21.	Я легко отвлекался	☐	☐
22.	У меня появилось много новых занятий	☐	☐
23.	У меня мысли перескакивали с одного на другое	☐	☐
24.	Я все делал гораздо быстрее и легче, чем обычно	☐	☐
25.	Я стал более нетерпеливым и легко раздражался	☐	☐
26.	Я раздражал и утомлял окружающих	☐	☐

		Да	Нет
27.	Я часто ссорился	☐	☐
28.	Настроение у меня было приподнятым и оптимистичным	☐	☐
29.	Я пил много кофе	☐	☐
30.	Я много курил	☐	☐
31.	Я больше и чаще выпивал	☐	☐
32.	Я принимал больше лекарств (седативных, анксиолитиков, стимуляторов)	☐	☐

4) Влияние подъемов настроения на разные аспекты Вашей жизни:

	И положительное, и отрицательное	Положительное	Отрицательное	Никакого влияния
Семья	☐	☐	☐	☐
Общение	☐	☐	☐	☐
Работа	☐	☐	☐	☐
Досуг	☐	☐	☐	☐

5) Реакция окружающих на Ваши подъемы настроения.

Как Ваши близкие реагировали, когда Вы были в состоянии «подъема», и что они об этом говорили?

Положительная реакция (Вас ободряли и поддерживали)	Нейтральная реакция	Отрицательная реакция (озабоченность, раздражение, неодобрение)	И положительная, и отрицательная реакция	Никакой реакции
☐	☐	☐	☐	☐

6) Продолжительность периодов подъема (в среднем):

(*Выберите только ОДИН из предлагаемых вариантов ответа*)

☐ 1 день ☐ дольше недели

☐ 2-3 дня ☐ дольше месяца

☐ 4-7 дней ☐ мне трудно судить (не знаю)

7) Случались ли у Вас такие состояния в последние двенадцать месяцев?

Да ☐ Нет ☐

8) Если да, то сколько дней в общей сложности продолжались эти периоды (в последние двенадцать месяцев)?

В общей сложности примерно дней

Приложение 4

Шкала мании Янга (описание)

Состоящая из 11 пунктов оценочная шкала маний Янга (YMRS) заполняется при проведении клинического интервью (занимающего примерно 15—30 минут). Пункты шкалы оцениваются на основании сведений о клиническом состоянии пациента за последние 48 часов, которые он представляет во время клинического интервью. Дополнительная информация, на которой основывается оценка, получается из клинического наблюдения во время проведения интервью.

Подсчёт баллов и оценка результатов

Четыре пункта шкалы (раздражительность, речь, содержание мыслей и агрессивное поведение) оцениваются двойными балами от 0 до 8 баллов, остальные семь — от 0 до 4. Оценка двойными баллами четырёх пунктов компенсирует плохой контакт с пациентами, у которых имеется выраженная маниакальная симптоматика. Если выраженность (или изменение выраженности) симптомов пациента не соответствует двойному баллу, то возможна оценка его состояния промежуточными баллами (1, 3, 5, 7 вместо 2, 4, 6, 8). Подсчитывается общий балл, на основании которого оценивается состояние пациента и динамика его маниакальных симптомов.

Оценка суммарного балла

0—12 — Норма
13—21 — Гипоманиакальное состояние
22—30 — Маниакальное состояние
более 30 — Выраженное маниакальное состояние

↑ Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA (1978) A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity *Br J Psychiatry.* **133**: 429—435 PMID 728692

Шкала мании Янга (YMRS)

ФИО обследуемого _____

№ истории болезни _____ дата обследования _____

1. Приподнятое настроение

0 - отсутствует

1 - слабо или возможно повышенное, выявляется при расспросе

2 - субъективно ощущаемый подъем; больной выглядит оптимистичным, самоуверенным, веселым, адекватным обстановке

3 - настроение приподнятое, неадекватное обстановке, отпускает шутки

4 - больной эйфоричен, неадекватно смеется, поет.

2. Увеличение моторной активности, энергичность

0 - отсутствует

1 - субъективно отмечаемое увеличение

2 - больной оживлен, жестикуляция усилена

3 - чрезмерная энергичность, периодическая гиперактивность, беспокойство (может быть успокоен)

4 - двигательное возбуждение, постоянная гиперактивность (невозможно успокоить)

3. Сексуальная заинтересованность

0 - нормальная, не повышена

1 - слегка или возможно повышена

2 - субъективно отмечаемое повышение

3 - в беседе спонтанно возникают сексуальные темы, много об этом говорит, сообщает о своей гиперсексуальности

4 - ярко выраженное сексуальное поведение (по отношению к пациентам, персоналу, врачу)

4. Сон

0 - не сообщает об уменьшении продолжительности сна

1 - уменьшение продолжительности сна менее чем на 1 час по отношению к обычному

2 - уменьшение продолжительности сна более чем на час

3 - сообщает о снижении потребности во сне

4 - отрицает потребность во сне

5. Раздражительность

0 - отсутствует

2 - субъективное повышение

4 - раздражителен во время интервью, недавние эпизоды гнева или раздражительности в отделении

6 - часто раздражается во время интервью, стремится прервать беседу

8 - враждебен, отказывается от сотрудничества, интервью невозможно

6. Речь (скорость и количество)

0 - не увеличена

2 - субъективно отмечаемая разговорчивость

4 - периодически многословен, речь ускорена

6 - речь с напором, отчетливое ускорение темпа, многоречив, трудно перебить

8 - «словесный поток», невозможно перебить, непрерывная речь

7. Нарушение мышления

0 - отсутствует

1 - больной обстоятельный, несколько отвлекаем, мышление ускорено

2 - отвлекаем, теряет цель высказывания, часто меняет тему, «скачка идей»

3 - наплыв идей, идеаторная спутанность, непоследовательность; рифмует предложения; эхолалия

4 - мышление инкогеррентное; не способен к продуктивному контакту

8. Содержание идей

0 - нормальное

2 - сомнительные планы, новые интересы

4 - особые проекты, гиперрелигиозность

6 - грандиозные или параноидные идеи, идеи отношения

8 - бред, галлюцинации

9. Агрессивное поведение

0 - отсутствует, сотрудничает с врачом

2 - саркастичен в общении, периодически повышает голос, напряжен

4 - выдвигает требования, высказывает угрозы в отделении

6 - угрожает врачу, бранится, проведение интервью затруднено

8 - нападает, совершает деструктивные действия, интервью невозможно

10. Внешний вид

0 - соответствующе одет и ухожен

1 - несколько небрежный вид

2 - выглядит неухоженным, небрежно одетым, неадекватная «нарядность»

3 - неопрятен, одет не полностью, кричащий макияж

4 - одет крайне небрежно, вычурно, много украшений

11. Сознание болезни

0 - признает себя больным, соглашается с необходимостью лечения

1 - соглашается, что возможно болен

2 - признает перемены в поведении, но отрицает болезнь

3 - признает, что возможны перемены в поведении, но отрицает болезнь

4 - отрицает любые изменения в поведении

Количество баллов: _____

Приложение 5: Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HAM-D-17 пунктов)

Инструкции

- Пожалуйста, проинформируйте пациента, что для достижения цели опроса, необходимо очень точно отвечать на вопросы.
- Пожалуйста, последовательно изучите каждый пункт
- Упоминаемым периодом для оценки является неделя, предшествующая опросу, за исключением пунктов 8, 9 (во время опроса) и 16 (перед эпизодом).
- Для каждого пункта выберите выражение, которое лучше всего характеризует пациента (пометьте только один ответ).
- Пожалуйста, напишите примечания к каждому пункту.

1.

СНИЖЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ

(переживания подавленности или печали, безнадежности, беспомощности, собственной малоценности)

0	|__|	Отсутствует	*Основание для оценки*
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	*Основание для оценки*
1	|__|	Высказывает самоупреки или идеи самоуничижения; 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	*Основание для оценки*
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	*Основание для оценки*
1	|__|	Жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (напр., дольше чем 1/2 часа)	…… ……
2	|__|	Жалобы на невозможность заснуть каждую ночь	……

5. БЕССОННИЦА: СЕРЕДИНА НОЧИ

0	|__|	Отсутствует	*Основание для оценки*
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	*Основание для оценки*
1	|__|	Просыпается в ранние утренние часы, но снова засыпает.	…… ……
2	|__|	При пробуждении заснуть повторно не удается	……

Приложение 5 (продолжение): Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HAM-D-17 пунктов)

7. РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И АКТИВНОСТЬ

0	Никаких затруднений не испытывает	*Основание для оценки*
1	Мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с деятельностью: работой или хобби	…… ……
2	Утрата интереса к деятельности: работе или хобби, выраженная непосредственно в жалобах или косвенно по степени проявляемого им безразличия к окружающему, нерешительности (чувство потребности в дополнительном усилии приступить к работе или проявить активность)	…… …… ……
3	Уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности. В условиях стационара оценка "3" выставляется, если активность пациента проявляется в течение не менее трех часов в день (работа в отделении или хобби), кроме обычных действий по обслуживанию самого себя	…… …… …… …… ……
4	Отказ от работы вследствие настоящего заболевания; в стационаре оценка "4" выставляется, если пациент вообще не проявляет активности или не справляется даже с рутинной бытовой деятельностью без посторонней помощи	…… …… …… ……

8. ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ

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

0	Нормальная речь и мышление.	*Основание для оценки*
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	*Основание для оценки*

1	|_ _|	Суетливость	…… ……
2	|_ _|	Беспокойные движения руками, теребление волос и т.д.	…… ……
3	|_ _|	Подвижность, неусидчивость	
4	|_ _|	Заламывание рук, кусание ногтей, выдергивание волос, покусывание губ	

10. ПСИХИЧЕСКАЯ ТРЕВОГА

0	|_ _|	Отсутствует	*Основание для оценки*
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	*Основание для оценки*
1	|_ _|	Легкая	……
2	|_ _|	Умеренная	…… ……

		Тяжелая	
3	|_ _|		……
4	|_ _|	Крайне тяжелая (вплоть до функциональной недостаточности)	

Приложение 5 (продолжение): Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HAM-D-17 пунктов)

12. СОМАТИЧЕСКИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ СИМПТОМЫ

0	|_ _|	Отсутствуют	*Основание для оценки*
1	|_ _|	Потеря аппетита, но прием пищи без сильного принуждения. Чувство тяжести в животе.	…… ……
2	|_ _|	Прием пищи только с принуждением; потребность в слабительных средствах или препаратах для купирования гастроинтестинальных симптомов	…… ……

13. ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

0	|_ _|	Отсутствуют	*Основание для оценки*
1	|_ _|	Тяжесть в конечностях, спине или голове. Боли в спине, головные боли, боли в мышцах. Чувство утраты энергии или упадка сил.	…… ……
2	|_ _|	Любые отчетливые симптомы оцениваются в 2 балла	…… ……

14. ПОЛОВЫЕ/ГЕНИТАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ (такие симптомы, как потеря либидо, спросите в особенности об интересе к сексу, **нарушения менструального цикла**)

0	|_ _|	Отсутствуют	*Основание для оценки*
1	|_ _|	Слабо выражены	…… ……
2	|_ _|	Сильно выражены	

15. ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

0	|_ _|	Отсутствуют	*Основание для оценки*

1	|_ _|	Повышенный интерес к собственному телу	…… ……
2	|_ _|	Чрезмерная озабоченность своим здоровьем	……
3	|_ _|	Частые жалобы, просьбы о помощи и т.д.	……
4	|_ _|	Ипохондрический бред	

16. ПОТЕРЯ ВЕСА (по мнению пациента)

0	|_ _|	Нет потери веса	*Основание для оценки*
1	|_ _|	Возможная потеря веса связана с существующей болезнью	…… ……
2	|_ _|	Определенная (по мнению пациента) потеря веса	

17. КРИТИЧНОСТЬ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ

0	|_ _|	Считает себя больным депрессией	*Основание для оценки*
1	|_ _|	Признает болезнь, но объясняет симптомы плохой пищей, климатом, перегрузкой на работе, вирусной инфекцией, необходимостью в отдыхе и т.д.	…… ……
2	|_ _|	Больным себя не считает	…… ……

Общий балл: |__|__|

Приложение 6.

КОЛУМБИЙСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СУИЦИДА (C-SSRS)

Posner K., Brent D. et al., 2007

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕИ	
Задайте вопросы 1 и 2. Если в обоих случаях ответ отрицательный, переходите к разделу «Суицидальное поведение». Если на вопрос 2 получен ответ»да», то задайте вопросы 3, 4 и 5. Если на вопрос 1 и/или 2 получен ответ «да», заполните ниже секцию «Интенсивность суицидных идей».	
1. Желание умереть Пациент подтверждает, что его посещают мысли о желании умереть или перестать жить, или же о желании заснуть и не просыпаться. ***Возникало ли у Вас желание умереть или заснуть и не просыпаться?*** Если да, опишите:	**Да** ☐ **Нет** ☐
2. Активные неспецифические мысли о самоубийстве Общие неспецифические мысли о желании покончить с собой/совершить самоубийство *«Я думал(а) о том, чтобы убить себя»* при отсутствии размышлений о способах самоубийства / сопутствующих средствах, намерения или плана в период наблюдения за пациентом. ***Думали ли Вы, в самом деле, о том, чтобы убить себя?*** Если да, опишите:	**Да** ☐ **Нет** ☐
3. Актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства (не о плане), при отсутствии намерения действовать Пациент подтверждает, что его посещают мысли о самоубийстве и что в течение периода наблюдения он/она думал(а) хотя бы об одном способе самоубийства. Данная ситуация отлична от такой, когда пациент разработал конкретный план: время, место или детали метода самоубийства (например, пациент думал о способе самоубийства, но не о конкретном плане). Сюда относятся люди, которые скажут: *«Я думал(а) о передозировке таблеток, но так и не построил(а) конкретного плана о том, когда, где и как осуществить это …. И я бы никогда не довел(а) дело до конца».* ***Думали ли Вы о том, как Вы могли бы это сделать?*** Если да, опишите:	**Да** ☐ **Нет** ☐
4. Актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана. Активные мысли о самоубийстве при заявлении пациента о некотором намерении действовать в соответствии с этими мыслями, в отличие от подобного утверждения: *«Такие мысли посещают меня, но я определенно не стану ничего предпринимать».* ***Посещали ли Вас подобные мысли, и было ли у Вас какое-нибудь намерение действовать в соответствии с ними?*** Если да, опишите:	**Да** ☐ **Нет** ☐

5. Актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением Мысли о самоубийстве, включая план с полностью или частично проработанными деталями и некоторое намерение пациента осуществить этот план. ***Начали ли Вы разрабатывать или уже разработали детальный план самоубийства?*** ***Намереваетесь ли Вы осуществить этот план?*** Если да, опишите:	**Да** ☐ **Нет** ☐

ИНТЕНСИВНОСТЬ СУИЦИДАЛЬНЫХ ИДЕЙ	
Тип идеи Тип № (1-5) Описание идеи <u>Первое исследование</u> Наиболее опасные идеи: _____ _____	**Вся жизнь – Момент, когда он/она испытывал(а) самое сильное желание покончить с собой**
Следующие ниже характеристики должны быть оценены по отношению к самой сильной по интенсивности суицидной идеи (по шкале от 1 до 5, где 1 – наименьший по интенсивности показатель, а 5 – наибольший). Спросите его/ее, когда он/она испытал(а) самое сильное желание покончить с собой.	Наиболее опасные
Частота ***Сколько раз Вас посещали подобные мысли?*** 1. Реже одного раза в неделю 2. Раз в неделю 3. 2-5 раз в неделю 4. Каждый день или почти каждый день 5. Многократно каждый день	–
Продолжительность ***Когда подобные мысли посещают Вас, как долго они длятся?*** 1. Они мимолетны – несколько секунд или минут 2. Менее часа / недолго 3. 1-4 часа / долго 4. 4-8 часов / большую часть дня 5. Более 8 часов / они устойчивы или постоянны	–
Контролируемость ***Могли /можете ли Вы при желании прекратить думать о самоубийстве или желании умереть?*** 1. С легкостью может контролировать такие мысли 2. Может контролировать такие мысли с незначительными затруднениями 3. Может контролировать такие мысли с некоторыми затруднениями 4. Может контролировать такие мысли с большими затруднениями 5. Не в состоянии контролировать такие мысли 0. Не пытается контролировать такие мысли	–

Сдерживающие факторы ***Есть ли что-то или кто-то (например, семья, религия, страх перед болью / смертью), что удержало Вас от стремления к смерти или от попыток осуществления мыслей о самоубийстве?*** 1. Сдерживающие факторы определенно удержали Вас от попытки самоубийства 2. Вероятно, сдерживающие факторы удержали Вас 3. Вы не уверены, что сдерживающие факторы не удержали Вас 4. Скорее всего, сдерживающие факторы не удержали Вас 5. Сдерживающие факторы определенно не удержали Вас 0. Данный пункт не применим	–
Основания суицидальных идей ***Какие основания были у Вас для того, чтобы думать о желании умереть или самоубийстве? Вы хотели умереть для того, чтобы прекратить боль или перестать испытывать то, что Вы испытывали (иными словами, Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали), или же Вашей целью было привлечение внимания, месть или получение отклика других людей? Или и то, и другое?*** 1. Исключительно для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей 2. Большей частью для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей 3. В равной степени для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей и для того, чтобы прекратить / остановить боль 4. Большей частью для того, чтобы прекратить / остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали) 5. Исключительно для того, чтобы прекратить или остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы чувствовали) 0. Данный пункт не применим	–

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ *(Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида)*	**Вся жизнь**
Истинная попытка самоубийства: Акт, потенциально направленный против самого себя, совершенный, по крайней мере, с некоторым желанием умереть *в результате данного акта*. Осуществленные действия отчасти замышлялись как способ убить себя. Намерение убить себя необязательно должно быть стопроцентным. Акт может считаться истинной попыткой самоубийства, если с данным актом ассоциируется хоть **какое-нибудь** намерение / желание умереть. **Реальное нанесение себе повреждений или увечий необязательно**, достаточно потенциальной возможности нанесения себе повреждений или увечий. Если человек нажимает на курок, держа пистолет во рту, но пистолет слома, и поэтому человек не наносит себе повреждений, то это считается попыткой самоубийства. Установление преднамеренности: Даже если человек отрицает свое намерение / желание умереть, преднамеренность его действий может быть клинически установлена на основании его поведения или на основании обстоятельств. Например, случаи, когда речь идет о смертельно опасном действии, которое определенно не является несчастным случаем, и, следовательно, самоубийство является единственным возможным объяснением подобного действия (например, выстрел в	**Да** ☐ **Нет** ☐ Общее

голову, прыжок из окна с высокого этажа). Также можно сделать вывод о преднамеренности попытки самоубийства, если человек отрицает свое намерение умереть, однако считал, что его действия могут привести к смерти. ***Предпринимали ли Вы попытку самоубийства?*** ***Предпринимали ли Вы какие-либо действия с целью нанести себе вред?*** ***Предпринимали ли Вы какие-либо опасные действия, которые могли привести к Вашей смерти?*** ***Что Вы предпринимали?*** ***Совершали ли Вы _____ в качестве способа покончить с собой?*** ***Хотелось ли Вам умереть (хотя бы немного), когда Вы _____?*** ***Пытались ли Вы покончить с собой, когда Вы _____?*** ***Или полагали ли Вы, что можете умереть от _____?*** ***Или Вы сделали это по совершенно другим причинам / безо ВСЯКОГО намерения убить себя (например, с целью снять напряжение, почувствовать себя лучше, вызвать сострадание или потому, что хотели, чтобы что-нибудь случилось)?*** (Самоповреждающее поведение, без намерения совершить самоубийство) Если да, опишите: **Отмечалось ли у пациента несуицидальное самоповреждающее поведение?**	количество попыток – **Да Нет** ☐ ☐
Прерванная попытка самоубийства: Когда человека прерывают и ему не удается (по причине обстоятельств) начать действие, потенциально направленное против самого себя (*иначе произошла бы истинная попытка самоубийства*). Передозировка: Человек держит в руке таблетки, но ему не дают их проглотить. Как только человек проглатывает таблетки, попытка самоубийства считается скорее истинной, а не прерванной. Выстрел: Человек направил на себя пистолет, но кто-то забирает у него оружие или кто-то / что-то помешало ему нажать на курок. Как только человек спустил курок, даже если происходит осечка, попытка самоубийства считается истинной. Прыжок: Человек готов прыгнуть, но его хватают и стаскивают с края. Повешение: Человек завязал петлю вокруг шеи, но еще не повесился – его остановили. ***Случалось ли, что когда Вы начинали совершать какие –либо действия с целью покончить с собой, кто-то или что-то останавливал(о) Вас прежде, чем Вы фактически совершали что-либо?*** Если да, опишите:	**Да Нет** ☐ ☐ Общее количество прерванных попыток –
Остановленная попытка самоубийства: Когда человек начинает предпринимать шаги с целью осуществить попытку самоубийства, но останавливает себя раньше, чем фактически начинает совершать самодеструктивные действия. Примеры остановленных попыток самоубийства схожи с примерами прерванных попыток самоубийства, за исключением того, что человек останавливает себя сам, а не что-то другое останавливает его / ее. ***Случалось ли, что когда Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, Вы останавливали себя прежде, чем Вы фактически совершали что-либо?*** Если да, опишите:	**Да Нет** ☐ ☐ Общее количество остановленных попыток

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ *(Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида)*	**Вся жизнь**
Подготовительные действия или поведение: Действия, служащие приготовлением к предстоящей попытке самоубийства. К таким действиям можно отнести все, что выходит за рамки вербализации или мыслей, как то: приобретение средств для реализации конкретного способа самоубийства (например, покупка таблеток, оружия) или приготовления к собственной смерти в результате суицида (например, раздача своих вещей, написание предсмертной записки). ***Предпринимали ли Вы какие либо шаги с целью осуществить попытку самоубийства или приготовиться к самоубийству (например, приобретали таблетки, оружие, раздавали ценные вещи или писали предсмертную записку)?*** Если да, опишите:	**Да** ☐ **Нет** ☐
Суицидальное поведение: Суицидальное поведение было выявлено во время периода наблюдения.	**Да** ☐ **Нет** ☐

Отвечать только для истинных попыток самоубийства	**Дата самой недавней попытки:**	**Дата наиболее тяжелой /опасной попытки**:	Дата самой первой попытки:
Реальная опасность /ущерб здоровью: 0. Физических повреждений нет, или они весьма незначительны (например, неглубокие царапины). 1. Незначительные физические повреждения (например, вялая речь, ожоги первой степени, легкое кровотечение, растяжения). 2. Физические повреждения умеренной тяжести; требуется медицинская помощь (например, пациент в сознании, но сонлив, отчасти реагирует на внешние раздражители, ожоги второй степени, кровотечение из крупного сосуда). 3. Физические повреждения средней тяжести; требуется госпитализация и, вероятно, интенсивная терапия (например, коматозное состояние с сохранением рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие менее 20% кожи, сильная, однако не смертельная потеря крови, серьезные переломы). 4. Тяжелые физические повреждения; требуется госпитализация и интенсивная терапия (например, коматозное состояние без сохранения рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие более 20% кожи, сильная потеря крови с нестабильными признаками жизни, серьезные повреждения жизненно важных органов). 5. Смерть.	*Ввести код* _	*Ввести код* _	*Ввести код* _
Потенциальная опасность: Отвечать, только если реальная опасность=0 Вероятная опасность истинной попытки самоубийства при отсутствии ущерба здоровью (в представленных ниже примерах, хотя определенные действия и не привели к реальным физическим повреждениям, они потенциально могли привести к фатальному исходу: человек сунул пистолет в рот и нажал на курок, но произошла осечка, и поэтому не было нанесено физических	*Ввести код* _	*Ввести код* _	*Ввести код* _

повреждений; человек лег на рельсы, по которым к нему приближался поезд, но его оттащили, и поезд его не переехал). 0 = Поведение, которое вряд ли приведет к травмам 1 = Поведение, которое, вероятно, приведет к травмам, но вряд ли повлечет за собой смерть 2 = Поведение, которое, вероятно, приведет к смерти, несмотря на возможность оказания медицинской помощи			

Приложение 7

Шкала Монтгомери – Асберг для оценки депрессии – MADRS

[Rating Scales for Psychiatry : Ed : AMDP and CIPS – Beltz Test, 1990

Оценка должна основываться на клиническом интервью, в процессе которого вопросы задаются сначала в более общих формулировках, затем детально уточняется степень выраженности симптоматики в соответствии с критериями шкалы. Исследователь должен решить, соответствует ли выраженность симптоматики основным оценочным дефинициям шкалы (0, 2, 4, 6) или их промежуточным значениям (1, 3, 5).

Необходимо помнить, что для пациентов с депрессией случаи, когда правильная оценка на основании интервью затруднена, крайне редки. Если информация не может быть получена при расспросе пациента, для оценки по шкале она должна быть установлена на основании других объективных источников в соответствии с обычной клинической практикой.

1 – ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОНИЖЕННОГО НАСТРОЕНИЯ

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

Отсутствие ❑ 0

❑ 1

Выглядит подавленным, но легко оживляется в зависимости от обстоятельств ❑ 2

❑ 3

Выглядит печальным и несчастным большую часть времени ❑ 4

❑ 5

Постоянно выглядит угнетенным. Крайняя безнадежность. ❑ 6

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.

Эпизодическая подавленность, связанная с внешними обстоятельствами ❑ 0

❑ 1

Печальное или подаленное настроение,

легко поддающееся улучшению в зависимоти от внешних обстоятельств ❑ 2

❑ 3

Глубокое чувство угнетенности или уныния;

настроение еще подвержено влиянию внешних обстоятельств ……..❑ 4

❑ 5

Постоянное и неизменное чувство подавленности, отчаяния и угнетенности ❑ 6

3 – ВНУТРЕННЯЯ НАПРЯЖЕННОСТЬ

Чувство болезненного дискомфорта, смятения, раздражения, психического напряжения,

доходящего до паники, сильного страха или душевной боли.

Спокоен. Периодически возникает мимолетное чувство внутренней напряженности ❑ 0

❑ 1

Эпизодически испытывает раздражение и ощущение болезненного дискомфорта ❑ 2

❑ 3

Стойкое чувство внутренней напряженности или эпизодическая паника,

которая требует усилий для ее преодоления ❑ 4

❑ 5

Неослабевающий страх или душевная боль. Непреодолимая паника ❑ 6

4 – НАРУШЕНИЯ СНА

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

Сон не нарушен ❑ 0

❑ 1

Незначительное затруднение засыпания или

несколько укороченный, поверхностный или прерывистый сон. ❑ 2

❑ 3

Сон укорочен не менее, чем на 2 часа ❑ 4

❑ 5

Продолжительность сна менее 2-3 часов ❑ 6

5 – СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА

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

Нормальный или повышеный аппетит ❑ 0

❑ 1

Несколько сниженный аппетит ❑ 2

❑ 3

Отсутствие аппетита. Пища не имеет вкуса ❑ 4

❑ 5

Необходимо принуждение для приема пищи ❑ 6

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.

Нет нарушений концентрации ❑ 0

❑ 1

Эпизодически трудно собраться с мыслями ❑ 2

❑ 3

Затруднения концентрации и длительного сосредоточения

со снижением способности читать или вести беседу ❑ 4

❑ 5

Без значительных усилий не способен читать или вести беседу ❑ 6

9 – ПЕССИМИСТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ

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

Отсутствие пессимимстических мыслей ❑ 0

❑ 1

Эпизодические мысли о собственной неспособности добиваться успеха, самоупреки и самоуничижение ❑ 2

❑ 3

Постоянное самообвинение или конкретные, но еще сохраняющие рациональность,

идеи вины или греха. Нарастающая пессимистическая оценка будущего ❑ 4

❑ 5

Бредовые идеи полного краха, раскаяния или неискупаемого греха;

абсурдное и непоколебимое самообвинение. ❑ 6

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.

Доволен жизнью или принимает ее такой, какая она есть ❑ 0

❑ 1

Усталость от жизни. Лишь мимолетные суицидальные мысли ❑ 2

❑ 3

Возможно лучше было бы умереть; суицидальные мысли становятся привычными,

а самоубийство рассмтривается как возможный способ решения проблем

при отсутствии конкретных суицидальных планов или намерений. ❑ 4

❑ 5

Конкретное планирование самоубийства при первой возможности;

активные приготовлеия к самоубийству ❑ 6