



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Депрессивный эпизод, Рекуррентное депрессивное расстройство

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **F32/F33**

Возрастная группа: **взрослые**

Год утверждения (частота пересмотра): **2019**

Разработчик клинической рекомендации:

- **Российское Общество Психиатров**

Утверждены

Российским Обществом Психиатров

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации

_____ 201_ г.

Оглавление

Список сокращений	3
Термины и определения.....	4
1. Краткая информация	5
2. Диагностика.....	Ошибка! Закладка не определена.
3. Лечение	13
4. Реабилитация	27
5. Профилактика рецидивов и диспансерное наблюдение.....	28
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания/синдрома	32
Критерии качества оценки медицинской помощи	32
Список литературы.....	35
Приложение А1. Состав рабочей группы	45
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	46
Приложение А3. Связанные документы.....	47
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента.....	48
Приложение В. Информация для пациента	51
Приложение Г1. Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HAM-D-17)	53
Приложение Г2. Шкала Монтгомери – Асберг для оценки депрессии (MADRS)	58
Приложение Г3. Колумбийская Шкала Оценки Тяжести Суицида (C-SSRS)	62

Список сокращений

- АД – антидепрессанты
- АВП – антипсихотики второго поколения
- АПП – антипсихотики первого поколения
- БАР – биполярное аффективное расстройство
- ВЛОК – внутривенное лазерное облучение крови
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- ГМСМ – глубокая магнитная стимуляция мозга
- ГСМ – глубокая стимуляция мозга
- ДЭ – депрессивный эпизод
- ИМАО – ингибиторы моноаминоксидазы
- ИПТ – интерперсональная (межличностная) психотерапия
- КПТ – когнитивно-поведенческая психотерапия
- КТ – компьютерная томография
- МКБ-10 – Международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра
- МКТ – магнито-конвульсивная терапия
- МРТ – магнито-резонансная томография
- ПАВ – психоактивные вещества
- РДР – рекуррентное депрессивное расстройство
- РДТ – разгрузочно-диетическая терапия
- РКИ – рандомизированные контролируемые исследования
- РЭГ - реоэнцефалография
- СБН – стимуляция блуждающего нерва
- СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
- ТМС – транскраниальная магнитная стимуляция
- ТПЭСМ – транскраниальная прямая электростимуляция мозга
- ТРЦА – тетрациклические антидепрессанты
- ТЦА – трициклические антидепрессанты
- ЭКГ – электрокардиография
- ЭЭГ - электроэнцефалография
- ЭСТ – электросудорожная терапия

Термины и определения

- **Выздоровление** – ремиссия длительностью более 6 месяцев, но также ограниченная во времени.
- **Клиническая эффективность** – способность успешно достигать клинической ремиссии.
- **Неполная ремиссия** – период, во время которого отмечается значительное улучшение, но симптомы, не достигающие синдромального единства, сохраняются.
- **Обострение** – возобновление симптоматики до уровня значительной степени выраженности в период ремиссии (до выздоровления).
- **Повторный эпизод** – развитие нового эпизода после выздоровления от предыдущего.
- **Полное выздоровление (восстановление)** - полный возврат социального и трудового функционирования без какой-либо остаточной депрессивной симптоматики.
- **Полная ремиссия** – отсутствие каких-либо признаков аффективного расстройства на протяжении 6 месяцев.
- **Резистентность к психофармакотерапии** – отсутствие терапевтического эффекта на два курса адекватной терапии антидепрессантами (АД) различных групп при достаточных дозах и длительности проведения.
- **Ремиссия (симптоматическая)** – выраженность симптоматики по шкале Гамильтона для оценки депрессий меньше 7 баллов и/или по шкале Монтгомери-Асберг меньше 10 баллов.
- **Терапевтический эффект (респонс)** - 50%-ное улучшение симптоматики по психометрическим шкалам для оценки депрессий.
- **Эффективность (фармакологическая)** – это способность препарата производить предполагаемый эффект.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию

1.1 Определение заболевания или состояния

Депрессивный эпизод (ДЭ) – аффективное расстройство, характеризующееся в типичных случаях снижением настроения, утратой интересов и удовольствия, снижением энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности. Отмечается выраженная утомляемость даже при незначительном усилии. К другим симптомам относятся сниженная способность к сосредоточению и вниманию; сниженные самооценка и чувство уверенности в себе; идеи виновности и уничтожения (даже при легком типе эпизода); мрачное и пессимистическое видение будущего; идеи или действия направленные на самоповреждение или суицид; нарушенный сон; сниженный аппетит [15].

Рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) – аффективное расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессий, как указано в F32, без анамнестических данных об отдельных эпизодах приподнятого настроения, гиперактивности, которые могли отвечать критериям гипоманиакального, маниакального или смешанного аффективного эпизода (F30.-) [15].

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния

Этиология и патогенез ДЭ и РДР до настоящего времени окончательно не установлены. По всей видимости, возникновение депрессивных расстройств детерминировано сочетанием множества факторов: биологических (конституционально-генетических), психологических и социальных. Среди биологических концепций традиционной является моноаминовая теория депрессии, постулирующая в качестве основного патогенетического механизма недостаточность синаптической активности моноаминов (серотонина, дофамина, норадреналина) головного мозга. В качестве значимых рассматриваются и другие патофизиологические процессы, в числе которых проявления психосоциального и биологического дистресса, хронобиологическая гипотеза, нарушение процессов нейропластичности, дисрегуляция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, гиппокампа, миндалевидного тела (амигдалы), прилежащего ядра и других областей мозга, вовлеченность кортикотропин-релизинг-фактора, глюкокортикоидов, мозгового нейротрофического фактора (BDNF) и транскрипционного фактора CREB [17, 87, 97].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния

ДЭ и РДР относятся к наиболее распространенным психическим нарушениям. Эти расстройства, как правило, полностью редуцируются в периоды ремиссий, и степень социальной дезадаптации пациентов определяется частотой, длительностью и тяжестью

развивающихся у них рецидивов депрессивной симптоматики. Больные РДР относятся к контингенту наиболее «сохранных» страдающих психическими расстройствами пациентов, однако смертность при РДР лишь немного уступает смертности при сердечно-сосудистых заболеваниях, поскольку до 15% депрессивных больных совершают суициды. В настоящее время депрессия занимает второе место в мире среди всех медицинских причин инвалидности и смертности, а среди лиц молодого возраста (до 45 лет) она уже давно держит пальму первенства по этому показателю [123]. Согласно прогнозу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2030 г. РДР выйдет на первое место по этим показателям [125, 128]. Высокая распространенность РДР (среди мужчин - около 6%, среди женщин – до 15%), частое рецидивирование (у 85% больных отмечаются повторные эпизоды), склонность к затяжному течению и хронификации эпизодов, утяжеление течения и исходов соматических и психических коморбидных расстройств, а также другие многочисленные проблемы, связанные с ущербом, наносимым этим заболеванием, определяют высокий интерес специалистов к новым возможностям в области терапии депрессии. Требуемые лечения депрессии наблюдаются примерно у 25% больных психиатрических стационаров, у 65% больных амбулаторной психиатрической сети и как минимум у 10% всех больных непсихиатрических лечебных учреждений.

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Депрессивный эпизод (F32):

F32.0 - Депрессивный эпизод легкой степени;

F32.1 - Депрессивный эпизод средней степени;

F32.2 - Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов;

F32.3 - Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами.

Рекуррентное депрессивное расстройство (F33):

F33.0 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени;

F33.1 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени;

F33.2 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов;

F33.3 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами.

1.5 Классификация заболевания или состояния

Систематика депрессий, представленная в МКБ-10 (диагностический класс «Аффективные расстройства» - F30-F39), опирается на синдромальный подход с использованием операциональных критериев, обеспечивающих максимальную

клиническую однородность, воспроизводимость и сопоставимость выделяемых диагностических категорий.

Центральное место в систематике аффективной патологии занимает категория «депрессивный эпизод». Основное значение придается вариантам течения депрессии, в соответствии с чем выделяются следующие формы заболевания: единственный ДЭ, РДР, биполярное аффективное расстройство (БАР - смена депрессивных и маниакальных фаз). Единичные эпизоды отграничиваются от многократных эпизодов, так как значительная часть больных переносят только один эпизод [15].

Ввиду важности для лечения и определения тактики ведения выделяют три степени тяжести ДЭ: легкую, среднюю (умеренную) и тяжелую. Три степени тяжести так обозначены, чтобы включить большой диапазон клинических состояний, которые встречаются в психиатрической практике. Больные с легкими формами ДЭ часто встречаются в первичных медицинских и общих медицинских учреждениях, в то время как стационарные отделения в основном имеют дело с больными, у которых депрессия более тяжелой степени. Дифференциация между легкой, умеренной и тяжелой степенью основывается на сложной клинической оценке, которая включает число, тип и тяжесть присутствующих симптомов. Полнота обычной социальной и трудовой деятельности зачастую может помочь в определении тяжести ДЭ [15].

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния

Диагностические критерии ДЭ по МКБ-10 включают:

- снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее двух недель вне зависимости от ситуации;
- должны быть представлены следующие основные симптомы:
 - сниженное настроение;
 - отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;
 - снижение энергии и повышенная утомляемость;
- а также дополнительные симптомы:
 - сниженная способность к концентрации и вниманию;
 - снижение самооценки и чувство неуверенности в себе;
 - идеи виновности и унижения (даже при легких депрессиях);
 - мрачное и пессимистическое видение будущего;
 - идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства;
 - нарушенный сон;

- нарушенный аппетит
- в анамнезе не выявлено маниакальных/гипоманиакальных симптомов, отвечающих критериям маниакального эпизода;
- эпизод нельзя приписать употреблению психоактивных веществ или органическому психическому расстройству.

В МКБ-10 также может выделяться соматический синдром депрессии (кодируется отдельным пунктом), представленный как минимум четырьмя из следующих симптомов:

- снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно приятной для больного;
- отсутствие обычной реакции на события или деятельность;
- пробуждение утром за два или более часа до обычного времени;
- депрессия тяжелее по утрам;
- объективные свидетельства заметной психомоторной заторможенности или ажитации (отмеченные или описанные другими лицами);
- заметное снижение аппетита;
- снижение веса (пять или более процентов от веса тела в прошлом месяце);
- заметное снижение либидо.

Большое значение для оценки состояния больного и определения места и метода лечения, а также дальнейшего маршрута оказания медицинской помощи имеет дифференциация депрессий по степени тяжести (табл. 1).

Таблица 1. Критерии диагностики разной степени тяжести ДЭ

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

ДЭ тяжелой степени с психотическими симптомами дополняется наличием бреда, галлюцинаций или депрессивного ступора. Бред чаще следующего содержания: греховности, обнищания, грозящих несчастий, за которые несет ответственность больной. Слуховые или обонятельные галлюцинации, как правило, обвиняющего и оскорбляющего характера «голоса», а запахи – гниющего мяса или грязи. Тяжелая двигательная заторможенность может развиваться в ступор. Если необходимо, бред или галлюцинации

могут определяться как конгруэнтные или неконгруэнтные настроению. «Неконгруэнтные» включают аффективно нейтральные бредовые и галлюцинаторные расстройства, например, бред отношения без чувства вины или обвинения, или голоса, которые беседуют с больным о событиях, которые не имеют эмоционального значения.

Диагностические критерии РДР (текущий эпизод) по МКБ-10 включают:

- по крайней мере, один ДЭ в прошлом, легкой (F32.0), средней (F32.1) тяжести, либо тяжелый (F32.2 или .3), длившийся не менее двух недель и отделенный от настоящего эпизода периодом минимум в 2 месяца, в течение которых не наблюдалось каких-либо значимых аффективных симптомов;
- отсутствие в прошлом эпизодов, соответствующих критериям гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-);
- текущий эпизод должен удовлетворять критериям ДЭ легкой, средней или тяжелой степени.

2. Диагностика заболевания или состояния, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Первичная оценка депрессивного синдрома и постановка диагноза и должна проводиться врачом-психиатром.

2.1 Жалобы и анамнез

- Всем пациентам в качестве первичной диагностики рекомендуется проведение мероприятий по выявлению симптомов депрессии в психическом статусе пациента [9, 15, 27, 91].

Уровень GPP

Комментарии: *В симптоматологии депрессивных расстройств выделяют аффективные, психомоторные, когнитивные, психовегетативные и соматические нарушения. При этом ядерными симптомами депрессии являются подавленное настроение, ангедония, потеря активности и энергии [15]. Поскольку многие пациенты с депрессивными расстройствами изначально не предъявляют жалоб на данные симптомы, целенаправленный расспрос крайне важен.*

- Всем пациентам, у которых в психическом статусе были выявлены симптомы депрессии, в качестве обязательных шагов рекомендовано:
 - оценить соответствие имеющейся у пациента симптоматики критериям диагностики депрессивного эпизода [9, 15, 27, 91].

– получить данные анамнеза или медицинской документации о наличии предшествовавших депрессивных эпизодов [9, 15, 27, 91].

Уровень GPP

Комментарии: Для оценки тяжести депрессивного расстройства и терапевтической динамики состояния целесообразно использование рейтинговых шкал: шкалы Гамильтона для оценки депрессии (англ. *Hamilton Rating Scale for Depression*) (см. приложение Г1) и шкалы Монтгомери-Асберг для оценки депрессии (англ. *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*) (см. приложение Г2).

- Всем пациентам с первичным или повторным депрессивным эпизодом рекомендовано провести тщательный целенаправленный опрос, направленный на:

- выявление маниакальных, гипоманиакальных и смешанных эпизодов в анамнезе [15, 27, 55].

- сбор анамнестических данных о наличии травм, инфекционных заболеваний головного мозга, соматических заболеваний, предшествовавших развитию депрессивных симптомов [15, 27, 126].

- сбор анамнестических данных об употреблении психоактивных веществ или лекарственных препаратов, которые могут вызвать симптомы депрессии, непосредственно перед началом депрессивного эпизода [15, 27, 59, 77, 126, 130].

Уровень GPP

2.2 Физикальное обследование

- В дополнение к стандартному физикальному обследованию всем пациентам рекомендовано провести осмотр кожных покровов с целью выявления

- следов от инъекций для исключения факта приема пациентом ПАВ или лекарственных препаратов, которые могут вызывать депрессивные симптомы [59, 77, 126].

- следов различных повреждений, в том числе самопорезов (с учетом их давности) [124, 126].

Уровень GPP

2.3 Лабораторная диагностика

Не существует каких-либо лабораторных методов диагностики ДЭ и РДР.

- Перед назначением терапии, для проведения дифференциальной диагностики ДЭ с другими заболеваниями, при необходимости госпитализации и для оценки различных рисков соматическому здоровью всем пациентам пациента рекомендовано провести дополнительные методы обследования, к которым относятся:

- общий (клинический) анализ крови [74, 112, 126].
- для оценки функции почек – исследование уровня креатинина в крови и в моче, общий (клинический) анализ мочи [74, 112, 126].
- для оценки функции щитовидной железы - исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови, уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови, уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови [10, 13, 126].
- для оценки функции печени – исследование уровня общего билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови [74, 112, 126].
- для оценки метаболического синдрома – исследование уровня триглицеридов в крови, уровня холестерина в крови, уровня липопротеинов в крови, уровня холестерина липопротеинов низкой плотности, уровня глюкозы в крови [74, 112, 122, 126].

Уровень GPP

Комментарии: *Скрининг уровня гормонов щитовидной железы рекомендуется для первичных пациентов, которым никогда ранее не проводилось это исследование, или при наличии клинических или анамнестических показаний.*

2.4 Инструментальная диагностика

Не существует каких-либо инструментальных методов диагностики ДЭ и РДР.

- Перед назначением терапии, для проведения дифференциальной диагностики ДЭ с другими заболеваниями, при необходимости госпитализации и для оценки различных рисков соматическому здоровью всем пациентам рекомендовано провести дополнительные методы обследования, к которым относятся:

- электрокардиография (ЭКГ) [74, 112, 126];
- электроэнцефалография (ЭЭГ) [74, 112, 126];
- реоэнцефалография (РЕГ) [74, 112, 126];
- магниторезонансная томография (МРТ) (предпочтительно)/ компьютерная томография (КТ) [74, 112, 126].

Уровень GPP

Комментарии: *МРТ или КТ и ЭЭГ рекомендуется для первичных больных, которым никогда ранее не проводились эти исследования, или при наличии клинических или анамнестических показаний.*

2.5 Иная диагностика

- Всем пациентам рекомендуется в обязательном порядке направленное клинико-анамнестическое обследование с целью выявления факторов риска суицида [31, 38, 99].

Уровень GPP

Комментарии: При оценке суицидального риска рекомендуется учитывать следующие факторы: наличие суицидальных мыслей, намерений, планов и поведения; наличие суицидальных попыток в прошлом; доступ к средствам самоубийства и летальность этих средств; наличие сильной тревоги, паники, возбуждения и/или импульсивности; наличие психотических симптомов, таких как императивные галлюцинации, или снижение критичности к себе, своим суждениям, действиям и их последствиям; употребление алкоголя и/или других ПАВ; наличие суицида в семейном анамнезе; отсутствие сдерживающих факторов (например, поддержки родных и близких, наличия детей, беременности, религиозности, понимания своих семейных обязанностей, трудовой занятости, наличия психологических навыков преодоления, наличия определенного жизненного оптимизма и др.).

Для оценки тяжести суицида и суицидального риска целесообразно использование Колумбийской шкалы серьезности суицидальных намерений (англ. *Columbia Suicide Severity Rating Scale*) (см. приложение Г3).

- Для пациентов с расстройствами личности и/или дифференциально-диагностическими трудностями рекомендована консультация клинического психолога и проведение экспериментально-психологического исследования [3].

Уровень GPP

• Перед назначением терапии, для проведения дифференциальной диагностики ДЭ с другими заболеваниями, исключения противопоказаний к ряду препаратов, которые назначаются при ДЭ, при необходимости госпитализации и для оценки различных рисков соматическому здоровью всем пациентам рекомендована:

- консультация врача-терапевта [43, 112, 126].
- консультация врача-невролога [43, 112, 126].
- консультация врача-офтальмолога [43, 112, 126].
- для женщин – консультация врача-гинеколога [43, 112, 126].

Уровень GPP

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

До начала терапии следует составить индивидуальный план лечения, учитывающий преимущество различных этапов терапии, эффективность и переносимость предшествующей терапии, клинические особенности состояния (например, наличие психотической симптоматики, возбуждения, тревоги, нарушений сна или атипичных симптомов), тяжесть болезни и риск суицида, комплаентность больного, злоупотребление ПАВ, наличие сопутствующих заболеваний и принимаемую в связи с ними терапию, возможность наступления беременности и другие индивидуальные факторы, способные повлиять на эффективность и переносимость назначаемого АД. При наличии показаний (например, в случае сочетания психотических симптомов и суицидальных мыслей) следует рассмотреть вопрос о стационарном лечении. Проведение тимоаналептической терапии в острой фазе заболеваний требует также как минимум еженедельного динамического наблюдения за психическим и соматическим состоянием пациента, включая периодическую ревизию диагноза и оценку суицидального риска, мониторинг ответа на терапию и развитие побочных эффектов, а также проверку комплаентности больного и формирование приверженности терапии с использованием различных психообразовательных методик.

Важной для понимания течения и терапии ДЭ и РДР является динамическая модель заболевания, предложенная D.J. Kupfer (1991) (рис. 1) [84].



Рисунок 1. Схема течения ДЭ и РДР и этапов терапии

В соответствии с этой моделью в лечении ДЭ важно следовать всем трем основным терапевтическим этапам: 1) купирующая (активная) терапия, 2) продолженная или

стабилизирующая терапия и 3) длительная противорецидивная (профилактическая) терапия.

3.1 Консервативное лечение

- Для пациентов, удовлетворяющих современным диагностическим критериям ДЭ и РДР (МКБ-10), рекомендуется применение тимоаналептической фармакотерапии: назначение АД в минимальных эффективных дозах; при отсутствии побочных эффектов или при редукции побочных эффектов в течение нескольких дней рекомендуется производить увеличение дозы в пределах стандартных дозировок до тех пор, пока симптоматика не начнет ослабевать. В случае отсутствия динамики или недостаточного эффекта (степень редукции симптоматики от 25% до 50%) через 3-4 недели рекомендуется наращивание дозы до максимальной (табл. 2) [39, 49].

Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень достоверности доказательств А).

Комментарии. Тимоаналептический эффект обычно возникает через 3-4 недели лечения, однако в некоторых случаях, особенно при применении СИОЗС, улучшение развивается более постепенно и достижение полноценного эффекта наблюдается на 4-6-й или даже 8-й неделе. У большинства респондеров на терапию клиническое улучшение становится заметным уже в течение первых двух недель лечения. Обычно такой ранний ответ связан с более благоприятным прогнозом курсовой эффективности проводимой терапии.

Современные критерии депрессивного синдрома могут включать довольно гетерогенные группы больных с различными типами депрессий в диапазоне от биологически детерминированных состояний (так называемых эндогенных или меланхолических депрессий) до в разной степени ситуационно спровоцированных или связанных с личностной патологией (так называемых реактивных или невротических депрессий). К сожалению, большинство рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) лекарственных средств с антидепрессивным эффектом использовало обобщенные недифференцированные критерии ДЭ, и не представляется возможным выделить их доказательную эффективность в отношении отдельных клинических вариантов, например, при тревожной, меланхолической (с соматическими симптомами), атипичной, заторможенной (с кататоническими симптомами), сезонной или с преобладанием когнитивных нарушений).

Не существует доказательных данных о большей эффективности или более быстром начале действия АД какого-либо одного класса, хотя при тяжелых, требующих госпитализации депрессиях некоторые трициклические антидепрессанты (ТЦА)

(амитриптилин** и кломипрамин**) и венлафаксин оказываются несколько эффективнее, чем селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) [35]. В отношении АД второго поколения сравнительный мета-анализ 117 РКИ, включивший 25,928 больных, показал, что миртазапин, эсциталопрам, венлафаксин и сертралин** были несколько более эффективны, чем дулоксетин, флуоксетин**, флувоксамин и пароксетин** [48]. АД прежде всего различаются по профилю побочных эффектов, потенциалу взаимодействия с другими препаратами и опасности передозировки. Более новые АД второго (например, пирлиндол, мапротилин, миансерин, тразодон, моклобемид) и третьего (например, СИОЗС, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН), миртазапин, агомелатин**, вортиоксетин) поколений в целом переносятся лучше, чем ТЦА первого поколения, что способствует уменьшению вероятности самостоятельного отказа пациентов от их приема.

Таблица 2. Рекомендуемые дозы АД

Генерическое название	Стартовая доза (мг/с)	Диапазон доз (мг/с)
<i>Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина</i>		
Пароксетин**	20	20-50
Сертралин**	50	50-200
Флувоксамин	50-100	100-300
Флуоксетин**	20	20-80
Циталопрам	20	20-40
Эсциталопрам	10	10-20
<i>Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина</i>		
Венлафаксин	75	75-375
Дулоксетин	60	60-120
Милнаципран	100	100
<i>Блокаторы обратного захвата моноаминов (три- и тетрациклические АД)</i>		
Амитриптилин**	50-75	150-300
Имипрамин**	25-75	150-300
Кломипрамин**	50-75	100-250
Мапротилин	25-75	75-150
Пипофезин**	25-50	150-500
<i>Норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты</i>		
Миансерин	30	60-90
Миртазапин	15-30	15-45
<i>Специфические серотонинергические АД</i>		
Тразодон	100	150-600
<i>Обратимые селективные ингибиторы МАО-А</i>		
Моклобемид	300	300-600
Пирлиндол	50-75	150-400
<i>Мелатонинергические АД</i>		
Агомелатин**	25	25-50
<i>Серотониновые модуляторы и стимуляторы</i>		
Вортиоксетин	10	10-20

3.1.1 Купирующая терапия легкого ДЭ

Лечение легких ДЭ обычно осуществляется амбулаторно в рамках первичного звена психиатрической помощи.

- Пациентам с легким ДЭ рекомендуется назначение АД (преимущественно используются СИОЗС, агомелатин**, а также другие препараты новых поколений) в пероральной форме [39, 56].

Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень достоверности доказательств А).

- Для пациентов, не желающих принимать традиционные антидепрессанты, существует альтернатива в виде растительных препаратов, например, экстракта зверобоя [39, 86].

Уровень убедительности рекомендации 3 (уровень достоверности доказательств В).

- В некоторых случаях в зависимости от индивидуальных особенностей и/или запросов пациента рекомендовано ограничиться применением психотерапевтических, психообразовательных или социально-реабилитационных методов [53, 66, 114].

Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень достоверности доказательств А).

Комментарии: *Преимущественный выбор в пользу АД по сравнению с психотерапией следует осуществлять у больных с наличием развернутых депрессий в анамнезе, с хорошим эффектом АД в прошлых эпизодах, наличием субпороговых депрессий в течение последних двух лет, а также при отсутствии эффекта психосоциальных интервенций или при наличии РДР у ближайших родственников.*

3.1.2 Купирующая терапия ДЭ средней степени

Лечение больных с умеренным ДЭ в зависимости от особенностей депрессии и социальных условий проводят амбулаторно, полустационарно или в стационаре. С учетом высокого риска резкого изменения состояния у одиноких больных, проживающих отдельно от родственников, а также вероятного появления суицидальных мыслей лечение предпочтительнее осуществлять в условиях стационара или полустационара.

- Рекомендуется назначение АД в пероральной форме: препаратами первого ряда являются СИОЗС, СИОЗСН, мirtазапин, вортиоксетин и агомелатин**. ТЦА обычно рассматривают как препараты второго выбора [39, 56].

Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень достоверности доказательств А).

Комментарии: *Что касается назначения ингибиторов моноаминоксидазы (ИМАО), то в этом вопросе меньше согласия, но препаратами выбора могут считаться обратимые ИМАО - моклобемид и пирлиндол, хотя ИМАО чаще используют при лечении атипичных депрессий и на стадиях резистентности к терапии.*

На первом этапе используют преимущественно пероральные формы лекарственных препаратов.

Психотерапию по возможности проводят в сочетании с фармакотерапией.

3.1.3 Купирующая терапия ДЭ тяжёлой степени

Лечение больных с тяжелым ДЭ предпочтительнее проводить в условиях стационара.

- Рекомендуется выбрать препарат с широким спектром нейрхимического механизма действия (СИОЗСН, мirtазапин, ТЦА), обладающих несколько большей эффективностью при лечении депрессий тяжелой степени по сравнению с СИОЗС [18, 28, 34, 56].

Уровень убедительности рекомендации 2 (уровень достоверности доказательств А).

Комментарии. *Предпочтение в силу лучшей переносимости следует отдать СИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин, милнаципран), а потом ТЦА (имипрамин**, амитриптилин**, кломипрамин**) или другим гетероциклическим препаратам первого поколения (мапротилин**, пиразидол, пипофезин**, тразодон и др.), которые также обладают несколько лучшей переносимостью, но и меньшей эффективностью.*

Для некоторых антидепрессантов (кломипрамин) разрешено использование внутримышечного и/или внутривенно-капельного способа введения АД.

Психотерапия на первых этапах лечения тяжёлой депрессии, как правило, неэффективна.

- Лечение больных с высоким суицидальным риском рекомендовано проводить в условиях стационара. При высоком суицидальном риске рекомендовано рассмотреть возможность быстрого проведения ЭСТ [2, 21, 57, 102].

Уровень убедительности рекомендации 2 (уровень достоверности доказательств А).

Комментарии. *По сравнению с СИОЗС более тяжелые последствия в случае передозировки АД при приеме их с суицидальной целью наблюдаются при приеме ТЦА, венлафаксина и мirtазапина.*

3.1.4 Купирующая терапия ДЭ тяжёлой степени с психотическими симптомами

Терапевтическая тактика направлена на быстрейшее достижение «обрыва» психоза.

- Лечение тяжелого ДЭ с психотическими симптомами рекомендовано проводить в условиях стационара.

- Рекомендовано с первых дней назначение АД с широким спектром нейрхимического механизма действия (СИОЗСН, ТЦА, тетрациклические антидепрессанты) в сочетании с АВП [61, 83, 129].

Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень достоверности доказательств А).

Комментарии: *Наиболее убедительны данные об эффективности использования флувоксамина при терапии психотической депрессии [69]. Если прием препарата per os затруднен в связи с психическим состоянием больного, возможно в/м применение антипсихотиков.*

В случае хорошей переносимости дозы препаратов быстро доводят до максимальных.

3.1.5 Купирующая терапия ДЭ на 2-м этапе

Минимум в 30-50 % случаев ДЭ у пациентов не достигается достаточная эффективность любого из выбранных АД при адекватно проведенной терапии первой линии. В такой ситуации необходимо еще раз проверить, правильно ли был поставлен диагноз, достаточна ли доза назначенного препарата и степень комплаентности пациента. С целью выявления фармакокинетических причин недостаточной эффективности (псевдорезистентность) целесообразно определение концентрации препарата в крови и проведение генотипирования для выявления лиц с замедленным или ускоренным метаболизмом определенных АД. Это особенно важно при проведении сочетанной терапии препаратами, метаболизируемыми теми же изоферментами цитохрома P450.

В случае отсутствия динамики или недостаточного клинического эффекта (степень редукции симптоматики от 25% до 50%) в течение 3-4 недель терапии, либо плохой переносимости антидепрессивной фармакотерапии следует переходить ко второму курсу или этапу терапии. Доказательства обоснования приведенных стратегий весьма ограничены, поскольку РКИ на больших выборках больных не проводилось. В настоящее время нет четкого консенсуса о предпочтительности какой-либо из стратегий при лечении пациентов, не отвечающих на терапию. Особенно это касается препаратов второго выбора. При анализе данных проекта STAR*D было показано, что процент пациентов с ремиссиями можно увеличить с 27%, достигнутых при использовании терапии первого выбора, до кумулятивного уровня 67% – после всех четырех последующих шагов терапевтически вмешательств. Однако вероятность достижения ремиссии после первых двух курсов терапии была выше (20–30%), чем после двух последних (10–20%) [70].

- С целью преодоления возможных явлений псевдорезистентности рекомендуется нарастить дозу АД до максимальной или частично перейти на парентеральный путь введения (при применении ТЦА) [16].

Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств С).

- В случаях, когда наращивание дозы нецелесообразно (например, при плохой переносимости), рекомендуется смена АД на препарат в рамках того же фармакологического класса либо с другим механизмом действия [46, 103].

Уровень убедительности рекомендации 3 (уровень достоверности доказательств В).

Комментарии: *Современные определения терапевтически резистентной депрессии предполагают неэффективность (т. е. редукция симптоматики по шкале Гамильтона составляет не более 50 %) двух последовательных курсов адекватной монотерапии длительностью в среднем 3-4 недели фармакологически различных по структуре и нейрохимическому действию АД [11, 16, 121].*

Стратегия перевода на монотерапию необратимыми ИМАО широко применялась прежде, но не используется в последние годы вследствие возможности развития гипертонического криза и исчезновения этой группы АД из клинической практики. Тем не менее, в ряде случаев перевод на селективные обратимые ИМАО (пирлиндол, моклобемид) может дать быстрый положительный эффект, поскольку речь идет о совершенно другом механизме действия и стимулировании выброса в синаптическую щель всех трех моноаминовых нейромедиаторов.

3.1.6. Купирующая терапия ДЭ на 3-м этапе

При недостаточности клинического эффекта и отсутствии явных причин такой неэффективности, включая ошибочную диагностику (например, БАР II), некомплаентность, коморбидные психические и соматические заболевания и другие факторы, считается, что больному свойственна относительная резистентность и нужно переходить к третьему этапу терапии, т. е. собственно противорезистентным мероприятиям. В зависимости от ситуации можно выбрать любой вариант терапии с длительностью курса 3-4 недели, однако предпочтение следует отдавать средствам с доказанной эффективностью и хорошей переносимостью, а также учитывать возможные лекарственные взаимодействия, в том числе возникающие вследствие конкурентного печеночного метаболизма.

- Рекомендована комбинированная терапия с использованием сочетаний АД с комплементарными механизмами действия для достижения синергического

тимоаналептического эффекта: комбинирование ТЦА и СИОЗС; комбинирование одного из средств, блокирующих обратный захват моноаминов (СИОЗС, СИОЗСН или ТЦА) с блокаторами альфа-2-адренергических ауторецепторов (например, мirtазапин, миансерин и др.) [47, 54, 62, 96].

Уровень убедительности рекомендации 2 (уровень достоверности доказательств А).

Комментарии: *К негативным сторонам данной стратегии следует отнести повышенный риск взаимодействий между используемыми препаратами, усиление побочных эффектов и более высокие экономические затраты. Наиболее значителен риск возникновения антигистаминовых побочных эффектов (прибавка веса и избыточная седация) и антихолинергических побочных эффектов (снижение концентрации внимания и спутанность). Следует избегать сочетания ИМАО с СИОЗС и другими серотонинергическими АД (например, кломипрамин**, венлафаксин и др.) вследствие потенциальной возможности развития серотонинового синдрома [19, 64].*

- Рекомендуется аугментация эффекта АВП: присоединение кветиапина, арипипразола, оланзапина и рисперидона к АД (СИОЗС) [81, 103]. Наиболее предпочтительно применение кветиапина**, арипипразола и оланзапина** (последний рекомендуется сочетать с флуоксетином**) [39, 56].

Уровень убедительности рекомендации 2 (уровень достоверности доказательств А).

Комментарии: *При присоединении любого АВП возрастает общее число побочных эффектов, включая гиперпролактинемия, метаболические нарушения (увеличение массы тела, дислипидемия, нарушение углеводного обмена), лейкопению, седацию и сонливость, антихолинергические и экстрапирамидные побочные эффекты, что требует тщательной оценки отношения риск/польза при их использовании вместе с антидепрессантами. Рекомендуемой начальной дозой арипипразола, назначаемого в целях аугментации, является 2–5 мг/сут. Увеличение дозы выше 5 мг/день должно проводиться постепенно под контролем эффективности с интервалом не менее одной недели, с максимальной конечной дозой 15 мг/сут. При этом следует учитывать возможность развития акатизии. Согласно инструкции по применению кветиапина замедленного высвобождения, терапию следует начинать с однократного вечернего приема 50 мг, на 3-й день дозу можно увеличить до 150 мг (однократный вечерний прием) и далее до 300 мг/сут (применение более высоких доз не изучалось). Необходимо учитывать возможность появления седации и набора веса.*

- Рекомендуется аугментация эффекта АД солями лития. Даже небольшие дозы лития (концентрация в крови 0,4-0,8 ммоль/л) в течение нескольких дней могут привести к улучшению в состоянии больного. Курс терапии не превышает 2-4 недель, однако в случае достижения эффекта терапию следует продолжить в течение нескольких месяцев [42, 131].

Уровень убедительности рекомендации 2 (уровень достоверности доказательств А).

Комментарии: *Считается, что литий может изменять рецепторную чувствительность постсинаптической мембраны и усиливать действие серотонина. Нельзя исключить, что случаи эффективности были связаны с ошибочной диагностикой РДР и невыявлением у больных БАР II типа [94] или «скрытой биполярности» [58]. Комбинировать АД с солями лития нужно осторожно, поскольку повышенные дозировки могут привести к развитию нейротоксических реакций (миоклония, атаксия, возбуждение, спутанность), а при сочетании с L-триптофаном («нюкаслский» или «серотониновый» коктейль) - к серотониновому неврологическому синдрому [19]. Кроме того, нежелательные явления при терапии литием включают кардиотоксичность, нефротоксичность, тиреотоксичность и прибавку веса. По причине узкого терапевтического диапазона требуется регулярный контроль концентрации лития в крови.*

- Рекомендуется аугментация эффекта АПП (при наличии дополнительных симптоматических показаний): присоединение к АД сульпирида**, флупентиксола**, трифлуоперазина** [1, 16].

Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств D).

- Рекомендуется аугментация эффекта АД антиконвульсантами: ламотриджином в начальной дозе 25 мг/с с постепенным повышением до 200 мг/с, карбамазепином** в дозе 200-600мг/с [39, 56].

Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств D).

- Рекомендуется аугментация эффекта АД трийодтиронином в дозе 25-50 мг/сут в течение 1 месяца. Эффект обычно наступает в первые дни лечения [37, 39, 41, 56, 100].

Уровень убедительности рекомендации 2 (уровень достоверности доказательств B).

Комментарии: *Препарат мешает связыванию АД с белками крови и повышает их свободную фракцию в крови. В процессе терапии нередко развиваются явления*

гипертиреозидизма (головные боли, гипергидроз, тахикардия, тремор, аритмия, боли в сердце), возможно повышение артериального давления.

3.1.7. Купирующая терапия ДЭ на 4-м этапе

В случае неэффективности указанных мероприятий с целью преодоления резистентности переходят к четвертому этапу, который также состоит из нескольких опций.

- Рекомендуется проведение курса ЭСТ в виде монотерапии или на фоне применения АД из 8-12 сеансов (2-4 недели, 3 сеанса в неделю через день). ЭСТ можно применять на любой стадии лечения резистентной депрессии, в зависимости от клинической картины и от необходимости получения быстрого эффекта [2, 21, 51]. Психотические депрессии с бредовыми переживаниями, выраженными психомоторным возбуждением или заторможенностью, высоким риском суицида, с отказом от приема пищи, противопоказаниями к фармакотерапии (напр., непереносимость или беременность) являются основными показаниями для раннего применения ЭСТ. Кроме того, ЭСТ следует рассматривать как средство более раннего выбора при известной эффективности метода в прошлых эпизодах [2, 21, 57, 102].

Уровень убедительности рекомендации 2 (уровень достоверности доказательств А).

Комментарии: *Эффективность курса хорошо доказана, составляет 50-80 % и превышает все другие стратегии. Поэтому при отсутствии противопоказаний с целью противодействия дальнейшего затягивания и хронификации депрессии ЭСТ следует предпочесть всем другим методам этого этапа. В настоящее время в качестве стандарта безопасности используется модифицированная ЭСТ с кратковременным внутривенным наркозом, применением миорелаксантов и искусственной вентиляции легких, при которой почти полностью устраняется судорожный компонент припадка. ЭСТ характеризуется хорошей безопасностью и переносимостью (нежелательные явления возникают в 0,4% случаев [79]) и не имеет абсолютных противопоказаний, кроме повышенного внутричерепного давления. Необходимо проявлять осторожность у больных с цереброваскулярной недостаточностью, сердечно-сосудистыми заболеваниями, например, недавно перенесенным инфарктом миокарда, ишемией миокарда, застойной сердечной недостаточностью, аритмией или имеющими кардиостимулятор, а также с пациентами с абдоминальной аневризмой и тяжелым остеопорозом. Среди побочных эффектов наиболее важными являются мнестические нарушения в период лечения, которые менее выражены при унилатеральном наложении электродов. Однако битемпоральная ЭСТ несколько более эффективна [110].*

- Рекомендуется одномоментная отмена психофармакотерапии. Этап «насыщения» лекарственными препаратами при проведении одномоментной отмены предполагает наращивание доз ТЦА и антихолинергических корректоров (иногда в схему также включается нейролептик) до максимально переносимых (т. е. до появления побочных эффектов) и длится 10-14 дней. Затем выполняется одномоментная отмена терапии. Для усиления эффекта отмены используют диуретики, обильное питье, в/в вливание физиологического раствора или плазмаферез. У половины больных критическая редукция депрессивной симптоматики наступает на 5-10-й день после фазы отмены. Для коррекции выраженных соматовегетативных расстройств в этот период назначаются симптоматические средства и бензодиазепиновые транквилизаторы [1, 16, 26].

Уровень убедительности рекомендации 3 (уровень достоверности доказательств С).

Комментарии: *Метод был разработан и широко апробирован в 70-80-е годы прошлого века и имеет низкий ранг доказательности.*

Помимо ЭСТ и одномоментной отмены, можно попытаться использовать и другие, не применявшиеся ранее методы аугментации или комбинированной терапии III этапа, особенно с рангом рекомендации A1 и B2, а также другие лекарственные методы аугментации АД.

- Рекомендуется сочетание СИОЗС с пиндололом (антагонист бета-адренорецептора и 5-НТ1А рецепторов) [40].

Уровень убедительности рекомендации 3 (уровень достоверности доказательств В).

Комментарии: *Побочные эффекты пиндолола включали сонливость, тошноту, брадикардию, ортостатическую гипотензию, потливость и сухость во рту.*

- Рекомендуется сочетание СИОЗС с буспироном (частичный агонист рецепторов 5-НТ1А) [50, 120].

Уровень убедительности рекомендации 3 (уровень достоверности доказательств В).

- Рекомендуется аугментация эффекта АД омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами (эйкозапентаеновая и докозагексаеновая) в дозе 1 г/сут [97, 104, 116].

Уровень убедительности рекомендации 3 (уровень достоверности доказательств В).

- Рекомендуется аугментация эффекта АД другими препаратами: L-триптофаном, L-дофой и другими дофаминовыми агонистами, модафинилом, резерпином, альфа- и бета-адреноблокаторами, антиоксидантами, иммуномодуляторами, альфа-

токоферолом (витамин Е), средствами растительного происхождения и др. [5, 12, 16, 23, 41].

Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств D).

Комментарии: *Исследования этих методов аугментации были преимущественно открытыми и проводились без необходимого контроля и рандомизации, поэтому в настоящее время их уровень доказательности является низким.*

- Рекомендуется метод электростимуляции мозга транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) либо в качестве монотерапии, либо для аугментации эффекта АД. Высокочастотная импульсная или циклическая стимуляция (гТМС) (5-20 Гц) обычно оказывает умеренный стимулирующий эффект, а низкочастотная (1 Гц) – успокаивающий, противотревожный. Наиболее распространенным вариантом при терапевтически резистентной депрессии является высокочастотная унилатеральная гТМС с наложением на проекцию левой дорсолатеральной префронтальной коры [75, 82, 90].

Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств C).

Комментарии: *В сравнении с ЭСТ процедура менее эффективна, но значительно лучше переносится больными [6, 21, 32] и лучше корректирует когнитивные нарушения [28]. Кроме редко возникающей умеренной головной боли и дискомфорта в месте стимуляции, никаких побочных эффектов после 2-недельного курса ТМС не возникает. В редких случаях описывались спровоцированные ТМС эпилептические судороги [30]. Мета-анализы контролируемых исследований (в сравнении с процедурой псевдо-ТМС) стабильно показывают небольшой положительный эффект 2-недельного курса ТМС. В исследованиях применялось сочетание ТМС с СИОЗС [45, 105, 107, 109].*

- Рекомендуется метод электростимуляции мозга магнито-конвульсивная терапия (МКТ), являющаяся вариантом импульсной гТМС с усилением мощности, необходимым для провокации эпилептиформного припадка [76].

Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств D).

Комментарии: *При сопоставимой эффективности МКТ приводит к менее выраженным по сравнению с ЭСТ когнитивным и мнестическим нарушениям.*

- Рекомендуется транскраниальная прямая электростимуляция мозга (ТПЭСМ) [115, 119].

Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств D).

- Рекомендуется глубокая магнитная стимуляция мозга (ГМСМ) [44, 76].

Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств D).

- В случае неэффективности всех перечисленных этапов и особенно курса ЭСТ рекомендуется признать абсолютную резистентность и переходить к пятому этапу, включающему длительные курсы неиспользованных ранее АД, новые варианты комбинированной терапии, включая сочетание ингибиторов пресинаптического захвата моноаминов с ИМАО, или аугментации и другие противорезистентные мероприятия, в том числе новые методы электростимуляции мозга. При достижении эффекта необходимо продолжать эффективную терапию еще на протяжении 6-9 месяцев, добиваясь при этом полной редукции резидуальной симптоматики и достижения стабильной ремиссии [71, 110].

Уровень убедительности рекомендации 3 (уровень достоверности доказательств B).

3.2 Хирургическое лечение

В случае признания абсолютной резистентности ДЭ возможно рассмотрение вопроса о целесообразности применения некоторых хирургических методов лечения.

- Рекомендуется стимуляция блуждающего нерва (СБН), предполагающая непрямую стимуляцию мозга через блуждающий нерв. Небольшой генератор имплантируется слева над ключицей и с помощью электрода подключается к левому вагусу. Генератор посылает в нерв ритмические электрические импульсы в течение 30 секунд каждые 5 минут.

Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств D) [52, 72, 95, 100].

Комментарии: *К недостаткам метода следует отнести его инвазивный характер и ряд побочных эффектов (охриплость голоса, стимуляция кашлевого рефлекса и др.).*

- Рекомендуется глубокая стимуляция мозга (ГСМ), предполагающая стереотаксическое размещение миниатюрных электродов в определенных нейроанатомических областях мозга под контролем нейровизуализации. Электроды подключаются к проводнику, который соединен с имплантированным под кожу грудной клетки генератором высокочастотных электрических импульсов. При терапевтически резистентных депрессиях целевыми зонами для билатерального размещения электродов являются подмозолистая часть поясной извилины, чечевидное ядро, а также корковая зона Бродмана 25 (BA25).

Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств D) [87, 113].

Комментарии: *К недостаткам метода относятся инвазивность хирургической процедуры, ограниченная доступность и высокая стоимость методики, а также неопределенность в том, какие параметры стимуляции являются оптимальными.*

3.3 Иное лечение

В дополнение к фармакотерапии для усиления или ускорения терапевтического эффекта АД возможно применение различных нелекарственных методов воздействия.

- На любом этапе лечения в качестве дополнительного воздействия рекомендуется подключение адекватной психотерапии, которая больше фокусируется на текущих проблемах пациента и включает элементы психобразования. Это особенно важно у пациентов с недостаточной комплаентностью [30, 53, 66, 114].

Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень достоверности доказательств A).

Комментарии. *Наиболее изученные и эффективные при депрессии формы психотерапии - когнитивно-бихевиоральная терапия и межличностная (интерперсональная) терапия. Эти виды психотерапии наиболее действенны при лечении депрессии легкой и умеренности степени тяжести. Для пациентов с рекуррентной, хронической или тяжелой депрессией комбинация фармакотерапии и одного из валидизированных методов психотерапии может быть более предпочтительна, чем какой-либо один из этих методов лечения в отдельности.*

- При сезонном аффективном расстройстве, так называемых «зимних» депрессиях рекомендуется светотерапия [29, 87].

Уровень убедительности рекомендации 3 (уровень достоверности доказательств B).

- Рекомендуется депривация сна [29, 73].

Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств C) .

- Рекомендуется выполнение физических упражнений [92].

Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств C).

- Рекомендуется проведение рефлексотерапии [25, 60].

Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств D).

- Рекомендуется проведение разгрузочно-диетической терапии (РДТ) [22, 24].
Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств D).
- Рекомендуется внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) [4, 20].
Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств D).
- Рекомендуется облучение крови ультрафиолетом [8].
Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств D).
- Рекомендуется нормобарическая гипоксия [7].
Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств D).
- Рекомендуется плазмаферез [14].
Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств D).

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

- Даже при единичном ДЭ вслед за купирующей терапией рекомендуется проведение стабилизирующей терапии с использованием эффективного в купирующий период АД и сохранением прежней дозы в течение 4-6 месяцев. Целью стабилизирующей терапии является предотвращение обострения состояния и достижение полного восстановления пациента после перенесенного ДЭ [30, 65].

Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень достоверности доказательств A).

Комментарии. *Риск обострений среди пациентов, не получающих стабилизирующей психофармакотерапии в первые полгода после прекращения симптомов депрессии, в среднем, равен 50%. Адекватная по срокам и дозе фармакотерапия снижает угрозу рецидива депрессии до 10% [117].*

- С целью повышения осведомленности больного и его родственников о природе заболевания, его течении, прогнозе и методах лечения рекомендуется применение психообразовательных методик. Пациенту и его родственникам разъясняются порядок и правила приёма лекарственных средств, необходимость госпитализации в психиатрический стационар или амбулаторного лечения и наблюдения врачом-психиатром [30].

Уровень убедительности рекомендации 4 (уровень достоверности доказательств С).

Комментарии: *Психообразовательные методики решают следующие основные задачи:*

- *улучшение комплаенса и активное формирование приверженности длительной противорецидивной нормотимической терапии;*
- *установление необходимого альянса между лечащим врачом, пациентом и его родственниками;*
- *соблюдение режима терапии и регулярного мониторингования 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 ПАВ, беременность и др.).*

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Хронический рецидивирующий характер течения РДР определяет необходимость проведения вторичной профилактики рецидивов заболевания. В настоящее время под профилактическим эффектом подразумевается способность ряда препаратов при длительном непрерывном приеме подавлять развитие рецидива или уменьшать выраженность очередной аффективной фазы [16].

- При РДР рекомендуется непрерывное длительное (не менее 3-5 лет) применение психофармакотерапии с использованием доз препаратов, оказавшихся эффективными в период купирования депрессивной фазы и стабилизации состояния [42, 114].

Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень достоверности доказательств А).

Комментарии. *Психофармакотерапия была и остается до настоящего времени единственным эффективным методом предотвращения рецидивов РДР. До введения в клиническую практику АД нового поколения для предотвращения рецидивов РДР*

использовались препараты нормотимического действия. Несмотря на эффективность противорецидивного действия солей лития при РДР в нескольких РКИ [63, 106], а также положительные результаты ряда открытых исследований карбамазепина, в настоящее время более изученными и признанными для профилактики РДР препаратами являются АД. Карбамазепин рекомендуется использовать при непереносимости АД и лития [42]. Также карбамазепин может быть использован для интенсификации профилактической терапии при неэффективности монотерапии АД.

Уже первые исследования противорецидивной эффективности ТЦА (амитриптилин**, имипрамин** и др. [65, 85, 106] при РДР показали их преимущество перед плацебо. Способность достоверно уменьшать риск рецидива депрессии выявлена также у препаратов тетрациклической структуры (с различным механизмом действия) - мапротилина [108] и миансерина [80]. Показано, что снижение дозы уменьшает эффективность профилактической терапии [64]. В то же время, препятствием для длительного использования гетероциклических АД является почти неизбежное развитие у больных побочных эффектов, ограничивающее возможность применения адекватных доз препаратов. ТЦА не рекомендуются для профилактики РДР из-за кардиотоксичности и способности накапливаться в сердечной мышце при длительном приеме. Длительная терапия ТЦА допустима лишь в случае неэффективности других АД и только при условии регулярного контроля переносимости и ЭКГ. В отличие от ТЦА АД нового поколения обладают хорошей переносимостью во всем диапазоне дозировок, что является важным их преимуществом при проведении длительной терапии.

Целесообразность противорецидивной терапии при РДР на современном этапе обосновывается следующими фактами [85, 93]:

- около 50-80% пациентов с депрессивным расстройством отмечают в течение жизни повторное обострение;
- риск обострений нарастает с возрастом и пропорционален числу перенесенных эпизодов;
- с увеличением числа эпизодов длительность ремиссий сокращается;
- имеются данные об эффективности АД в целях профилактики ДЭ;
- терапевтический ответ на антидепрессивную терапию может ослабевать с увеличением числа перенесенных эпизодов;
- с каждым эпизодом нарастает инвалидизация и снижается качество жизни пациентов.

При продолженной и профилактической терапии РДР применяются различные стратегии [33]:

1) *Активная терапевтическая стратегия – продолжение фармакотерапии АД в полной терапевтической дозе (рекомендована при частом рецидивировании, значительной тяжести ДЭ и относительном соматоневрологическом благополучии пациентов).*

2) *Продолжение фармакотерапии АД в редуцированной дозе (рекомендуется при более благоприятной форме течения РДР. Очевидно, что в ряде случаев эффективная терапевтическая доза оказывается достаточно высокой, что сопровождается побочными эффектами. Известно, что большинство ТЦА при длительном применении обладают кардиотоксическим действием, многие АД гепатотоксичны, так что вопрос о целесообразности длительной терапии в больших дозах у некоторых категорий пациентов (пожилых, соматически неблагоприятных) иногда решается в пользу уменьшения дозы АД. Стратегия может использоваться у пациентов с нетяжелыми формами депрессии (легкий ДЭ) или нечастыми депрессиями (2 и менее ДЭ за 5 лет).*

3) *Прекращение фармакотерапии АД по завершении долечивающей терапии (4-6 месяцев) с ранним началом лечения при первых признаках новой фазы (может использоваться у пациентов с нетяжелыми формами депрессии (легкий ДЭ) или нечастыми депрессиями (2 и менее ДЭ за 5 лет).*

- При плановом окончании профилактической терапии или вынужденном преждевременном прекращении (из-за плохой комплаентности или соматических причин) рекомендуется отмена препарата путем поэтапного снижения дозы. Период снижения дозы должен занимать не менее 4-6 месяцев [41].

Уровень убедительности рекомендации 1 (уровень достоверности доказательств А).

Комментарии: *Необходимость постепенного снижения дозы обусловлена возможностью развития симптомов отмены. Обычно они транзиторны и быстро купируются при повторном назначении АД. Риск их развития тем выше, чем больше выражены антихолинергические свойства препарата, выше используемая доза и чем длительнее период приема. Среди АД новой генерации симптомы отмены наиболее характерны для венлафаксина [118] и СИОЗС с коротким периодом полувыведения (напр., пароксетина**), и менее характерны для флуоксетина**. Резкая отмена ТЦА может вызвать холинергический феномен «отдачи» (гриппоподобное состояние, миалгия, схватывающие боли в животе).*

Больные, получающие длительную профилактическую терапию, нуждаются в регулярном наблюдении врача с целью выявления ранних признаков рецидива и своевременного их купирования, мониторингования возможных побочных эффектов

терапии и соблюдения режима приема лекарств, проведении психотерапевтических мероприятий, направленных на мотивирование пациента к продолжению лечения, а также на оказание помощи в случае возникновения психотравмирующих ситуаций.

Основные правила вторичной профилактической терапии [89]:

- обсудить с пациентом преимущества и недостатки длительной терапии в сравнении с риском рецидива;
- установить контакт с пациентом с целью выявления первых признаков рецидива и своевременного их купирования; разработать программу здорового образа жизни для снижения риска рецидива;
- помогать пациенту в планировании и выполнении реабилитационных мероприятий;
- пересматривать лечебный план в случае возникновения коморбидных заболеваний и психосоциальных стрессов;
- проводить активное динамическое наблюдение с целью раннего выявления рецидива депрессивной симптоматики;
- использовать психотерапевтические методики для профилактики рецидивов
- проводить профилактическую фармакотерапию.

6. Организация оказания медицинской помощи

- Лечение пациентов с депрессивным эпизодом легкой и средней степени при отсутствии суицидального риска (низком суицидальном риске) рекомендовано проводить в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) [27].

Уровень GPP

- Лечение пациентов с депрессивным эпизодом умеренной степени у одиноких больных, проживающих отдельно от родственников, с учетом высокого риска резкого изменения состояния и появления суицидальных мыслей, рекомендовано проводить в условиях психиатрического стационара или полустационара [27].

Уровень GPP

- Лечение пациентов с депрессивным эпизодом тяжелой степени без психотических симптомов или с психотическими симптомами, а также при наличии

высокого суицидального риска независимо от степени тяжести депрессии рекомендовано проводить в условиях психиатрического стационара [27].

Уровень GPP

- Выписку пациентов из психиатрического стационара или полустационара рекомендовано осуществлять после успешного завершения этапа купирующей терапии и установления симптоматической ремиссии [27].

Уровень GPP

- Пациентам, достигшим симптоматической ремиссии, рекомендовано проведение стабилизирующей и профилактической терапии в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) [27].

Уровень GPP

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

6.1 Рекомендации по ведению больных депрессией во время беременности и в период подготовки к ней.

- Рекомендовано назначение психофармакологических средств беременным ТОЛЬКО при крайней необходимости по строгим клиническим показаниям: при выраженных аффективных проявлениях с тревогой, ажитацией, расстройствами сна и аппетита, усугубляющих соматическое состояние беременных и рожениц, при суицидальных мыслях и тенденциях .

Критерии качества оценки медицинской помощи

Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях взрослым при депрессивном эпизоде (коды по МКБ – 10: F32-F33)

№ п/п	Критерия качества	Оценка выполнения
1.	Заведена амбулаторная карта пациента	Да/Нет
2.	Получено подписанное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство	Да/Нет
3.	Проведен первичный осмотр врача-психиатра в течение 1 часа с момента обращения	Да/Нет
4.	Поставлен и внесен в амбулаторную карту предварительный диагноз аффективного расстройства	Да/Нет

5.	Оценены и отмечены в амбулаторной карте суицидальный риск и наличие/отсутствие оснований для госпитализации	Да/Нет
6.	Сформирован и внесен в амбулаторную карту план обследования и лечения пациента на основании предварительного диагноза, особенностей и тяжести состояния пациента	Да/Нет
7.	Проведена экспертиза временной нетрудоспособности в установленном порядке (в случае нетрудоспособности)	Да/Нет
8.	Назначены и внесены в амбулаторную карту в течение 72 часов лекарственные психофармакологические препараты, в соответствии с предварительным диагнозом	Да/Нет
9.	Проведены дополнительные обследования и консультации специалистов для уточнения диагноза	Да/Нет
10.	Установлен и внесен в амбулаторную карту клинический диагноз аффективного расстройства в течение 10 дней с момента обращения	Да/Нет
11.	Проведена и внесена в амбулаторную карту коррекция плана обследования и лечения с учетом клинического диагноза, эффективности и переносимости психофармакотерапии	Да/Нет
12.	Достигнута ремиссия состояния, пациент переведен на стабилизирующую терапию	Да/Нет
13.	Восстановлена трудоспособность (в случае ее нарушения)	Да/Нет
14.	Установлено диспансерное наблюдение (при необходимости)	Да/Нет
15.	Отсутствие обострения на протяжении 6 месяцев психофармакотерапии	Да/Нет

Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара взрослым при депрессивном эпизоде (коды по МКБ – 10: F32-F33)

№ п/п	Критерия качества	Оценка выполнения
1.	Заведена стационарная карта пациента	Да/Нет
2.	Получено подписанное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство	Да/Нет
3.	Проведен первичный осмотр врача-психиатра в течение 24 часов с момента поступления	Да/Нет
4.	Поставлен и внесен в стационарную карту предварительный диагноз аффективного расстройства	Да/Нет
5.	Оценены и отмечены в амбулаторной карте суицидальный риск и наличие оснований для госпитализации	Да/Нет
6.	Сформирован и внесен в стационарную карту план обследования и лечения пациента на основании предварительного диагноза, особенностей и тяжести состояния пациента	Да/Нет
7.	Проведена экспертиза временной нетрудоспособности в установленном порядке (в случае нетрудоспособности)	Да/Нет

8.	Назначены и внесены в стационарную карту в течение 24 часов лекарственные психофармакологические препараты, в соответствии с предварительным диагнозом	Да/Нет
9.	Проведен и внесен в стационарную карту осмотр заведующим отделения в течение 48 часов с момента поступления	Да/Нет
10.	Проведены дополнительные обследования и консультации специалистов для уточнения диагноза	Да/Нет
11.	Установлен и внесен в стационарную карту клинический диагноз аффективного расстройства в течение 72 часов (24 часов в случае поступления по экстренным показаниям) с момента обращения	Да/Нет
12.	Проведена и внесена в стационарную карту коррекция плана обследования и лечения с учетом клинического диагноза, эффективности и переносимости психофармакотерапии	Да/Нет
13.	Достигнута ремиссия состояния, пациент переведен на стабилизирующую терапию	Да/Нет
14.	Восстановлена трудоспособность (в случае ее нарушения)	Да/Нет
15.	Установлено диспансерное наблюдение (при необходимости)	Да/Нет

Список литературы

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М.: Медицина, 1988; 528 с.
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А., Мощевитин С.Ю. и соавт. Применение электросудорожной терапии (ЭСТ) в психиатрической практике. Методические рекомендации. М., 1989; 42 с.
3. Алексеева Д.Н., Ларских М.В. Патопсихологическое обследование как диагностический инструмент врача-психиатра. Прикладные информационные аспекты медицины. 2014. Т. 17. № 1. С. 8-13.
4. Вернекина Н.С., Картелишев А.В., Игельник М.В. Лазеротерапия в комплексном лечении психически больных. Социальная и клиническая психиатрия 1994; №4: с.125-130.
5. Вовин Р.Я., Аксенова И.О. Затяжные депрессивные состояния. Л.: Медицина, 1982; 191 с.
6. Ильин С.А., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Сравнительная эффективность и переносимость циклической транскраниальной магнитной стимуляции и электросудорожной терапии при затяжных, терапевтически резистентных депрессиях. Социальная и клиническая психиатрия 2008; №2: с. 73-80.
7. Каримулаев И.А., Калинин В.В., Мосолов С.Н. Применение метода адаптации к периодической нормобарической гипоксии в лечении фармакорезистентных депрессий. В книге: Новые достижения в терапии психических заболеваний. /ред. С.Н. Мосолов/. - М., 2002; с. 579-592.
8. Кекелидзе З.И., Тваладзе М.Г., Чечелашвили А.П. и соавт. Роль и место инфузий облученной ультрафиолетом аутокрови в лечении депрессивных состояний. Социальная и клиническая психиатрия 1993; №3: с. 88-94.
9. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.:Практическая медицина 2011.
10. Куташов В.А., Припутневич Д.Н., Саблина Л.А., Склярова А.В. Распространенность депрессивных расстройств среди больных гипотиреозом // Прикладные информационные аспекты медицины. - 2014. - Т. 17. - №1. - С. 85-86.
11. Мазо Г.Э. Терапевтически резистентные депрессии: подходы к терапии. Социальная и клиническая психиатрия 2004; №4 (14): с. 59-65.
12. Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г. Терапевтически резистентные депрессии. СПб.: Береста, 2012; 448 с.
13. Масалова О.О., Сапронов Н.С. Тиреоидные гормоны и депрессия//Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. -2004. -Т. 3, № 2. -С. 2-9.

14. Малин Д.И. Плазмаферез в психиатрии и наркологии. М.: Спутник, 1997; 143 с.
15. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Санкт-Петербург, 1994; 300 с.
16. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. Медицинское информационное агентство. СПб., 1995; 566 с.
17. Мосолов С.Н. Современные биологические гипотезы рекуррентной депрессии (обзор). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2012; т. 112, № 11-2: с. 29-40.
18. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Ладыженский М.Я. Алгоритм биологической терапии острого эпизода рекуррентного депрессивного расстройства. Современная терапия психических заболеваний 2016; №3: с.27-40.
19. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Сердитов О.В. Серотониновый синдром при лечении депрессии. Международный журнал медицинской практики 2000; № 8: с. 28-33.
20. Мосолов С.Н., Узбеков М.Г., Сайкин М.А. и соавт. Применение внутривенной низкоинтенсивной гелий-неоновой лазеротерапии и изменение ряда биохимических параметров у резистентных к психофармакотерапии больных шизофренией. Социальная и клиническая психиатрия 1999; 9 (2): с. 57-62.
21. Нельсон А.И. Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005; 368 с.
22. Николаев Ю.С., Полищук Ю.И., Заиров Г.К. и соавт. Разгрузочно-диетическая терапия нервно-психических заболеваний. Методические рекомендации. М., 1979.
23. Нуллер Ю.Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. Л.: Медицина, 1988; 329 с.
24. Подкорытов В.С. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. Харьков: Торнадо, 2003; 352 с.
25. Портнов Ф.Г. Электропунктурная рефлексотерапия. Рига, 1980; 217 с.
26. Прохорова И.С. Некоторые теоретические и практические аспекты применения одномоментной отмены психотропных средств. Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. М., 1975; 22 с.
27. Психиатрия: национальное руководство / гл. ред.: Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. - 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2018. -1008 с.
28. Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б., Цукарзи Э.Э. и др. Динамика когнитивных функций у пациентов с резистентными депрессиями при применении электросудорожной терапии и транскраниальной магнитной стимуляции. Социальная и клиническая психиатрия 2006; №2 (16): с. 47-51.

29. Симуткин Г.Г. Нелекарственные методы хронобиологической терапии аффективных расстройств. В кн.: Хронобиологическая теория аффективных расстройств. /ред. С.Н.Мосолов/ М.: Аванпорт, 2014; с. 164-217.
30. Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств. Доклад Рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных. М., 2008; 215 с.
31. Цукарзи Э.Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь // Современная терапия психических расстройств. – 2011. – № 2. – С. 30–39.
32. Цукарзи Э.Э., Ильин С.А., Мосолов С.Н. Применение транскраниальной магнитной стимуляции и электросудорожной терапии при терапевтически резистентных депрессиях. Современная терапия психических заболеваний 2015; №4: с.25-33.
33. Altamura C.A., Percudani M. The use of antidepressants for long-term treatment of recurrent depression: rationale, current methodologies and future directions. J Clin Psychiatry 1993; 54 (suppl. 8): 29-38.
34. Anderson I.M. Meta-analytical studies on new antidepressants. Br Med Bull 2001; 57: 161–178.
35. Anderson I.M. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. J Affect Disord 2000; 58: 19-36.
36. Anderson I.M., Nutt D.J., Deakin J.F. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol 2000; 14, 1: 3-20.
37. Aronson R., Offman H. J., Joffe R.T. et al. Triiodothyronine augmentation in the treatment of refractory depression. A meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 1996; 53 (9): 842-848.
38. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(7):1425.
39. Baghai T.C., Blier P., Baldwin D.S. et al. General and comparative efficacy and effectiveness of antidepressants in the acute treatment of depressive disorders: a report by the WPA section of pharmacopsychiatry. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2010; 261 Suppl 3: 207-245.
40. Ballesteros J., Callado L.F. Effectiveness of pindolol plus serotonin uptake inhibitors in depression: a meta-analysis of early and late outcomes from randomised controlled trials. J Affect Disord 2004; 79 (1-3): 137-147.

41. Bauer M., Baur H., Berghofer A. et al. Effects of supraphysiological thyroxine administration in healthy controls and patients with depressive disorders. *J Affect Disord* 2002; 68 (2-3): 285-294.
42. Bauer M., Dopfmer S. Lithium augmentation in treatment-resistant depression: meta-analysis of placebo-controlled studies. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19 (5): 427-434.
43. Bekhuis E, Boschloo L, Rosmalen JG, Schoevers RA. Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *J Psychosom Res.* 2015;78(2):116-22.
44. Bersani F.S., Minichino A., Enticott P.G. et al. Deep transcranial magnetic stimulation as a treatment for psychiatric disorders: a comprehensive review. *Eur Psychiatry* 2013; 28 (1): 30-9.
45. Bretlau L.G., Lunde M., Lindberg L. et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in combination with escitalopram in patients with treatment-resistant major depression: a double-blind, randomised, sham-controlled trial. *Pharmacopsychiatry* 2008; 41 (2): 41-47.
46. Bschor T., Baethge C. No evidence for switching the antidepressant: systematic review and meta-analysis of RCTs of a common therapeutic strategy. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 121 (3): 174-179.
47. Carpenter L.L., Yasmin S., Price L.H. A double-blind, placebo-controlled study of antidepressant augmentation with mirtazapine. *Biol Psychiatry* 2002; 51 (2): 183-188.
48. Cipriani A., Furukawa T.A., Salanti G. et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009; 373 (9665): 746-758.
49. Cole M.G., Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (6): 1147-56.
50. Connolly K.R., Thase M.E. If at first you don't succeed: a review of the evidence for antidepressant augmentation, combination and switching strategies. *Drugs* 2011; 71 (1): 43-64.
51. Cowen P.J. Pharmacological management of treatment-resistant depression. *Advances in Psychiatric Treatment* 1998; 4: 320-327.
52. Daban C., Martinez-Aran A., Cruz N. et al. Safety and efficacy of Vagus Nerve Stimulation in treatment-resistant depression. A systematic review. *J Affect Disord* 2008; 110 (1-2): 1-15.
53. de Jonghe F., Hendricksen M. et al. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 37-45.

54. DeBattista C., Solvason H.B., Poirier J. et al. A prospective trial of bupropion SR augmentation of partial and non-responders to serotonergic antidepressants. *J Clin Psychopharmacol* 2003; 23 (1): 27-30.
55. Dietch D. Recognising Bipolar Disorders in Primary Care. *Psychiatr Danub*. 2015 Sep;27 Suppl 1:S188-94.
56. DGPPN, BÄK, KBV et al. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung. Berlin, Düsseldorf: 2009. 263 p.
57. Dombrovski A.Y., Mulsant B.H., Haskett R.F. et al. Predictors of remission after electroconvulsive therapy in unipolar major depression. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 (8): 1043-1049.
58. Dudek D., Rybakowski J.K., Siwek M. et al. Risk factors of treatment resistance in major depression: association with bipolarity. *J Affect Disord* 2010; 126 (1-2): 268-271.
59. Ehlers CL, Gilder DA, Gizer IR, Wilhelmsen KC. Indexing the 'dark side of addiction': substance-induced affective symptoms and alcohol use disorders. *Addiction*. 2019;114(1):139-149.
60. Ernst E. Is reflexology an effective intervention? A systematic review of randomised controlled trials. *Med J Aust* 2009; 191 (5): 263-266.
61. Farahani A., Correll C.U. Are antipsychotics or antidepressants needed for psychotic depression? A systematic review and meta-analysis of trials comparing antidepressant or antipsychotic monotherapy with combination treatment. *J Clin Psychiatry* 2012; 73 (4): 486-496.
62. Ferreri M., Lavergne F., Berlin I. et al. Benefits from mianserin augmentation of fluoxetine in patients with major depression non-responders to fluoxetine alone. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103 (1): 66-72.
63. Fieve R.R., Dunner D.I., Kumbarachi T. et al. Lithium carbonate in affective disorders. A double-blind study of prophylaxis in unipolar recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 32(12): 1541-1544.
64. Finfgeld D.L. Serotonin syndrome and the use of SSRIs. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2004; 42 (2): 16-20.
65. Frank E., Kupfer D. J. et al. Three-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 1093-1099.
66. Frank E., Thase M.E., Spanier C. et al. Psychotherapy of affective disorders. /In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N, editors./ *Contemporary Psychiatry*. Heidelberg: Springer, 2000; p. 348-363.

67. Frederikse M., Petrides G., Kellner C. Continuation and maintenance electroconvulsive therapy for the treatment of depressive illness: a response to the National Institute for Clinical Excellence report. *J ECT* 2006; 22: 13-17.
68. Furukawa T.A., Streiner D.L., Young L.T. Antidepressant plus benzodiazepine for major depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (2):CD001026.
69. Gatti F. Bellini L., Gasperini M. Fluvoxamine alone in the treatment of delusional depression // *Am J Psychiatry*. - 1996. - No 153. - P. 414-416.
70. Gaynes B.N., Warden D., Trivedi M.H. et al. What did STAR*D teach us? Results from a large-scale, practical, clinical trial for patients with depression. *Psychiatr Serv* 2009; 60 (11): 1439-1445.
71. Geddes J.R., Carney S.M., Davies C. et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 2003; 362: 653-661.
72. George M.S., Rush A.J., Marangell L.B. et al. A one-year comparison of vagus nerve stimulation with treatment as usual for treatment-resistant depression. *Biol Psychiatry* 2005; 58 (5): 364-373.
73. Giedke H., Klingberg S., Schwarzler F. et al. Direct comparison of total sleep deprivation and late partial sleep deprivation in the treatment of major depression. *J Affect Disord* 2003; 76 (1-3): 85-93.
74. Gronholm P.C., Onagbesan O., Gardner-Sood P. Care coordinator views and experiences of physical health monitoring in clients with severe mental illness: A qualitative study. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63(7):580-588.
75. Herrmann L.L., Ebmeier K.P. Factors modifying the efficacy of transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression: a review. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (12): 1870-1876.
76. Higgins E.S., George M.S. *Brain Stimulation Therapies for Clinicians*. Washington: American Psychiatric Press; 2008.
77. Johnson M.E., Neal D.B., Brems C., Fisher D.G. Depression as measured by the Beck Depression Inventory-II among injecting drug users. *Assessment*. 2006;13(2):168-77.
78. Kellner C.H., Knapp R.G., Petrides G. et al. Continuation electroconvulsive therapy vs pharmacotherapy for relapse prevention in major depression: a multisite study from the Consortium for Research in Electroconvulsive Therapy (CORE). *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 1337-1344.
79. Kennedy S.H., Lam R.W., Cohen N.L. et al. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. IV. Medications and other biological treatments. *Can J Psychiatry* 2001; 46, Suppl 1: 38-58.

80. Kishimoto A., Mizukawa R. et al. Prophylactic effect of mianserin of recurrent depression. *Asta Psychiat Scand* 1994; 89(1): 46-51.
81. Komossa K., Depping A.M., Gaudchau A. et al. Second-generation antipsychotics for major depressive disorder and dysthymia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (12):CD008121.
82. Kozel F.A., George M.S. Meta-analysis of left prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) to treat depression. *J Psychiatr Pract* 2002; 8 (5): 270-275.
83. Kunzel H.E., Ackl N., Hatzinger M. et al. Outcome in delusional depression comparing trimipramine monotherapy with a combination of amitriptyline and haloperidol - a double-blind multicenter trial. *J Psychiatr Res* 2009; 43 (7): 702-710.
84. Kupfer D.J. Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1991; 52 (suppl 5): 28-34.
85. Kupfer D.J., Frank E., Perel J.M. Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiat* 1992; 49: 769-773.
86. Linde K., Berner M.M., Kriston L. St John's wort for major depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (4):CD000448.
87. Lozano A.M., Mayberg H.S., Giacobbe P. et al. Subcallosal cingulate gyrus deep brain stimulation for treatment-resistant depression. *Biological Psychiatry* 2008; 64 (6): 461-467.
88. Malhi G., Parker G., Greenwood J. Structural and functional models of depression: from subtypes to substrates. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 94–105.
89. Malhi G.S., Bassett D., Boyce P. et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2015; 49 (12): 1087-1206.
90. Martin J.L., Barbanoj M.J., Schlaepfer T.E., et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of depression. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 480-491.
91. Maurer D.M., Raymond T.J., Davis B.N. Depression: screening and diagnosis. *Am Fam Physician*. 2018;98(8):508-515.
92. Mead G.E., Morley W., Campbell P. et al. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (4): CD004366.
93. Montgomery S.A., Dufour H., Brien S. et al. The prophylactic of fluoxetine in unipolar depression. *Brit. J. Psychiat.* 1988;140, P76-82
94. Mosolov S., Ushkalova A., Kostukova E. et al. Bipolar II disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression. *Bipolar Disorders* 2014; 16 (4): 389-399.

95. Nahas Z., Teneback C., Chae J.H. et al. Serial vagus nerve stimulation functional MRI in treatment-resistant depression. *Neuropsychopharmacology* 2007; 32 (8): 1649-1660.
96. Nelson J.C. Treatment of antidepressant nonresponders: augmentation or switch? *J Clin Psychiatry* 1998; 59, Suppl 15: 35-41.
97. Nemets B., Stahl Z., Belmaker R.H. Addition of omega-3 fatty acid to maintenance medication treatment for recurrent unipolar depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (3): 477-479.
98. Nestler E.J., Barrot M., DiLeone R.J. et al. Neurobiology of depression. *Neuron* 2002; 34: 13-25.
99. Ng C.W., How C.H., Ng Y.P. Depression in primary care: assessing suicide risk. *Singapore Med J.* 2017;58(2):72-77.
100. Nierenberg A.A., Alpert J.E., Gardner-Schuster E.E. et al. Vagus nerve stimulation: 2-year outcomes for bipolar versus unipolar treatment-resistant depression. *Biol Psychiatry* 2008; 64 (6): 455-460.
101. Nierenberg A.A., Fava M., Trivedi M.H. et al. A comparison of lithium and T(3) augmentation following two failed medication treatments for depression: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (9): 1519-1530.
102. Pagnin D., Pini S., Cassano G.B. Efficacy of ECT in depression: a meta-analytic review. *J.ECT* 2004; 20 (1): 13-20.
103. Papakostas G.I., Shelton R.C., Smith J. et al. Augmentation of antidepressants with atypical antipsychotic medications for treatment-resistant major depressive disorder: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 (6): 826-831.
104. Peet M., Horrobin D.F. A dose-ranging study of the effects of ethyl-eicosapentaenoate in patients with ongoing depression despite apparently adequate treatment with standard drugs. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59 (10): 913-919.
105. Poulet E., Brunelin J., Boeuvé C. et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation does not potentiate antidepressant treatment. *Eur Psychiatry* 2004; 19 (6): 382-383.
106. Prien R.F., Klett C.H., Caffey E.M. Lithium carbonate and imipramine in prevention of affective episodes. A comparison in recurrent affective illness. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29(3): 420-425.
107. Rossini D., Lucca A., Zanardi R. et al. Transcranial magnetic stimulation in treatment-resistant depressed patients: a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychiatry Res* 2005; 137 (1-2): 1-10.
108. Rouillon F. et al. Prophylactic efficacy of maprotiline on unipolar depression relapse. *J Clin Psychiat* 1991; 52(10): 423-431.

109. Rumi D.O., Gattaz W.F., Rigonatti S.P. et al. Transcranial magnetic stimulation accelerates the antidepressant effect of amitriptyline in severe depression: a double-blind placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 2005; 57 (2): 162-166.
110. Rush A.J., Kupfer D.J. Strategies and tactics in the treatment of depression. In: Gabbard G.O. editor. *Treatment of Psychiatric Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. 2001; p. 1417-1439.
111. Sackeim H.A., Prudic J., Devanand D.P. et al. A prospective, randomized, double-blind comparison of bilateral and right unilateral electroconvulsive therapy at different stimulus intensities. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57 (5): 425-434.
112. Saravane D., Feve B., Frances Y. et al. Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. *Encephale*. 2009;35(4):330-9.
113. Schlaepfer T.E., Cohen M.X., Frick C. et al. Deep brain stimulation to reward circuitry alleviates anhedonia in refractory major depression. *Neuropsychopharmacology* 2008; 33 (2): 368-377.
114. Segal Z.V., Kennedy S.H., Cohen N.L. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. V. Combining psychotherapy and pharmacotherapy. *Can J Psychiatry* 2001; 46 Suppl 1: 59-62.
115. Shiozawa P., Fregni F., Benseñor I.M. et al. Transcranial direct current stimulation for major depression: an updated systematic review and meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol* 2014; 17: 1443–1452.
116. Su K.P., Huang S.Y., Chiu C.C. et al. Omega-3 fatty acids in major depressive disorder. A preliminary double-blind, placebo-controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003; 13 (4): 267-271.
117. Thase M.E. Achieving remission and managing relapse in depression. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (suppl 18): 3-7.
118. Tint A., Haddad P.M., Anderson I.M. The effect of rate of antidepressant tapering on the incidence of discontinuation symptoms: a randomised study. *J Psychopharmacol* 2008; 22: 330–332.
119. Tortella G., Casati R., Aparicio L. et al. Transcranial direct current stimulation in psychiatric disorders. *World J Psychiatry* 2015; 5(1): 88-102.
120. Trivedi M.H., Fava M., Wisniewski S.R. et al. Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2006; 354 (12): 1243-1252.
121. Trivedi M.H., Rush A.J., Crismon M.L. et al. Clinical results for patients with major depressive disorder in the Texas Medication Algorithm Project. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61 (7): 669-680.

122. Virtanen M., Ferrie J.E., Akbaraly T. et al. Metabolic Syndrome and Symptom Resolution in Depression: A 5-Year Follow-Up of Older Adults. *J Clin Psychiatry*. 2017;78(1):e1-e7.
123. Vos T., Flaxman A.D., Naghavi M. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013, 380 (9859): 2163-2196.
124. Weintraub M.J., Van de Loo M.M., Gitlin M.J., Miklowitz D.J. Self-harm, affective traits, and psychosocial functioning in adults with depressive and bipolar disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2017; 205(11):896–899.
125. WHO Guidelines. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017. 22c.
126. WHO Guidelines. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. 2018. 94p.
127. WHO Mental Health Collaborating Centres. Pharmacotherapy of depressive disorders. A consensus statement. *J Affect Dis* 1989; 17: 197-198.
128. WHO. World Health Organization The global burden of disease: 2004 update.
129. Wijkstra J., Burger H., van den Broek W.W. et al. Treatment of unipolar psychotic depression: a randomized, double-blind study comparing imipramine, venlafaxine, and venlafaxine plus quetiapine. *Acta Psychiatr.Scand*. 2010; 121 (3): 190-200.
130. Wild T.C., el-Guebaly N., Fischer B. et al. Comorbid depression among untreated illicit opiate users: results from a multisite Canadian study. *Can J Psychiatry*. 2005;50(9):512-8.
131. Zullino D., Baumann P. Lithium augmentation in depressive patients not responding to selective serotonin reuptake inhibitors. *Pharmacopsychiatry* 2001; 34 (4): 119-127.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Ахапкин Роман Витальевич - кандидат медицинских наук, член Российского общества психиатров
2. Букреева Наталья Дмитриевна - доктор медицинских наук, Заслуженный врач РФ, член Правления Российского общества психиатров
3. Вазагаева Тамара Иродионовна – кандидат медицинских наук, член Российского общества психиатров
4. Костюкова Елена Григорьевна - кандидат медицинских наук, член Российского общества психиатров
5. Мазо Галина Элевна - доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества психиатров
6. Мосолов Сергей Николаевич - доктор медицинских наук, профессор, член Исполкома Российского общества психиатров, председатель Московского регионального отделения Российского общества психиатров, Заслуженный деятель науки РФ

Все авторы подтверждают отсутствие конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врач психиатр;
2. врач психиатр-нарколог;
3. врач психотерапевт;
4. врач сексолог;
5. врач судебно-психиатрический эксперт;

При составлении настоящих клинических рекомендаций использовались данные литературы (исследования, систематические обзоры, мета-анализы), включенные в базу данных MEDLINE, и клинические рекомендации международных экспертных групп.

Каждый вариант терапии оценивался на основании уровня достоверности доказательств (таблица П1) и уровня убедительности рекомендаций (таблица П2). При этом следует иметь в виду, что невысокий уровень доказательности – не всегда свидетельство ненадежности данных.

Таблица П1 – Уровни достоверности доказательств

Уровень достоверности	Источник доказательств
A	Получены на основании одного хорошо спланированного, или нескольких РКИ или большого систематического обзора (мета-анализа) РКИ
B	Доказательства получены на основании, по крайней мере, одного контролируемого исследования или систематического обзора когортных исследований или РКИ
C	Доказательства из неконтролируемых исследований или описание случаев/мнений экспертов
D	Достоверных доказательств эффективности в настоящее время не получено или получены противоречивые (неоднозначные) результаты

Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности	Описание
1	Доказательства уровня А и хорошее соотношение риск/польза
2	Доказательства уровня А и умеренное соотношение риск/польза
3	Доказательства уровня В
4	Доказательства уровня С или D

Порядок обновления клинических рекомендаций – пересмотр один раз в 3 года.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата

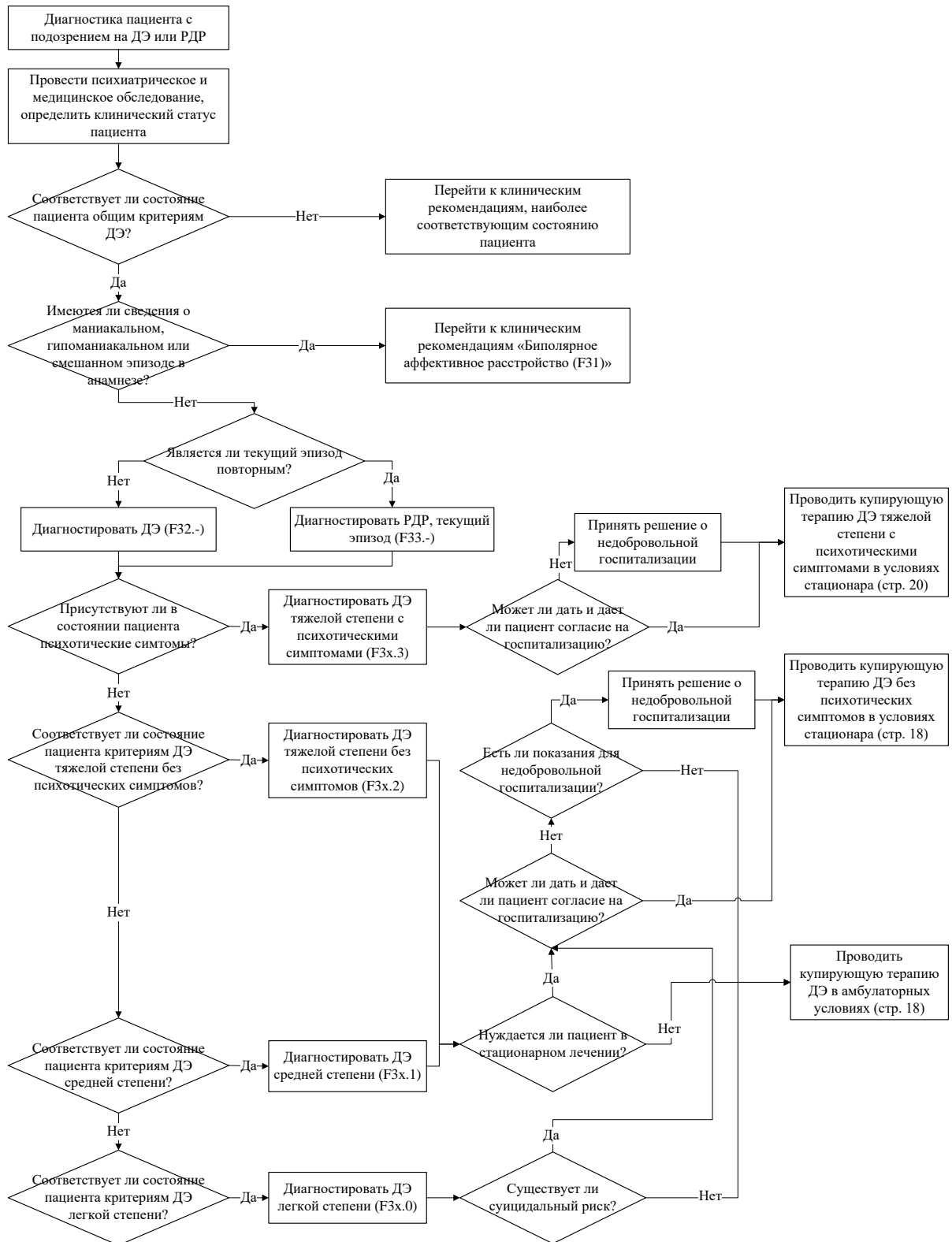
1. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 02.07.1992 №3185-1 (ред. от 03.07.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
3. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 15.07.2016 №520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
4. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 №1219н «Об утверждении стандарта первичной медико-социальной помощи при депрессиях легкой и средней степени тяжести и смешанном тревожном и депрессивном расстройстве в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)».
5. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 №1226н «Об утверждении стандарта первичной медико-социальной помощи при депрессиях (ремиссиях) в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)».
6. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 №1661н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при депрессии (рецидив) в стационарных условиях».

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

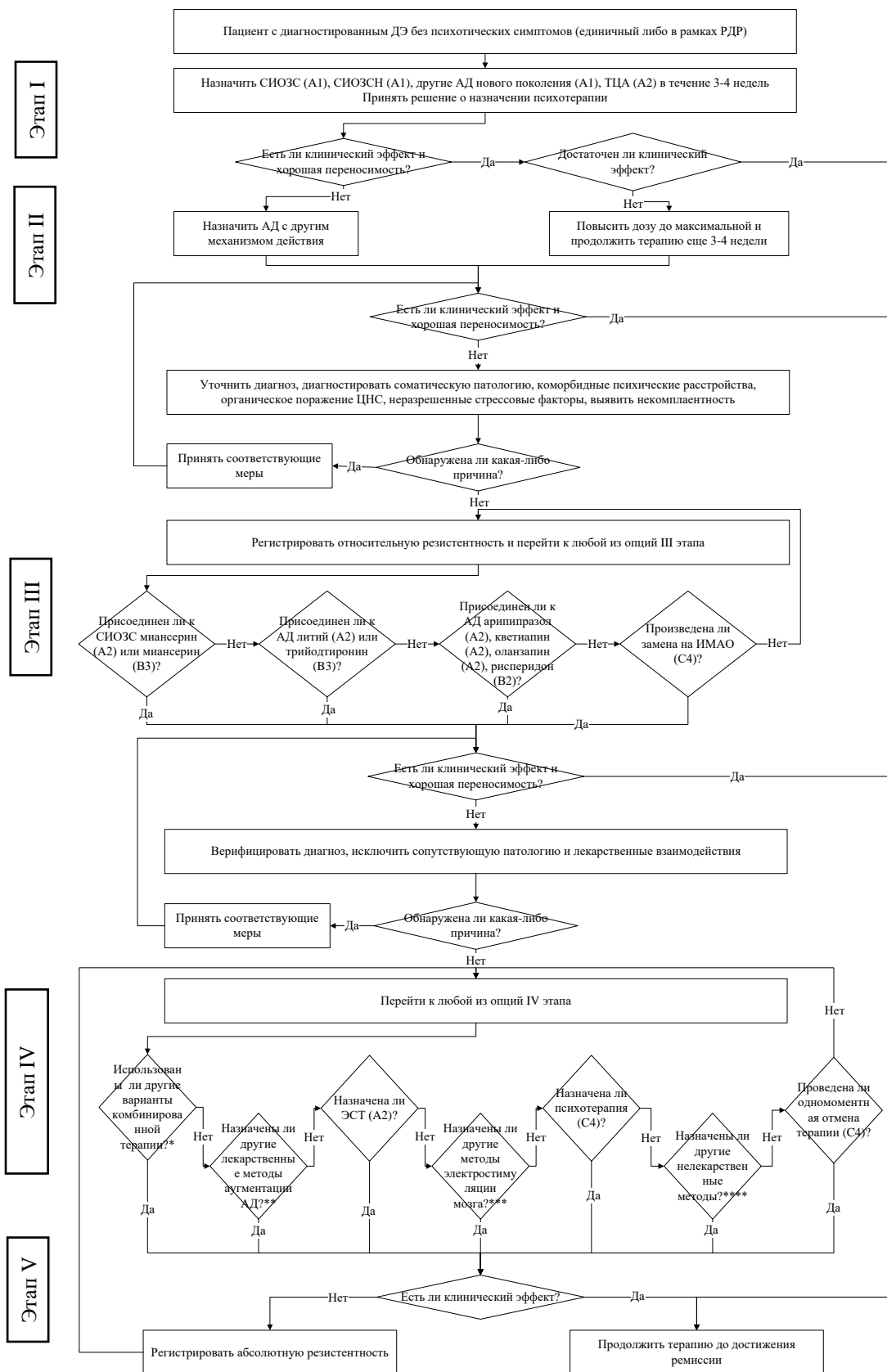
1. Блок-схема «Этапы ведения пациента (взрослые) с ДЭ или РДР»



1.1. Подсхема «Диагностика пациента (взрослые) с ДР или РДР»



1.2. Подсхема «Купирующая терапия ДЭ без психотических симптомов»



* сочетания с АД (С4, D4), с АВП (С4, D4) или АПП (флуентиксол, сульпирид)
** пиндолол (С4) и др. адреноблокаторы (С4, D4), L-ДОФА и др. дофаминовые агонисты (С4, D4), омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты (С4), буспирон (D4), бензодиазепины (D4), антиоксиданты (С4, D4), L-триптофан (С4), иммуномодуляторы (D4), карбамазепин (D4), ламотриджин (D4)
*** ТМС (С4), ГМС (D4), СБН (D4), МКТ (D4), ТПЭСМ (D4), ГМСМ (D4)
**** депривация сна (С4), светотерапия (В3), физические упражнения (С4), ВЛОК (D4), плазмаферез (С4), нормобарическая гипоксия (D4), рефлексотерапия (D4), РДТ (D4)

Приложение В. Информация для пациента

Пациенту и его родственникам необходимо в доступной форме рассказать о природе заболевания, его проявлениях, механизме действия лекарственных препаратов, вероятных побочных эффектах, объяснить необходимость их длительного приема.

Необходимо сообщить сообщать больному следующую информацию:

- название лекарственного препарата;
- необходимость его регулярного приема для лечения заболевания или купирования тех или иных симптомов;
- как определить эффективно ли применение препарата и что делать при отсутствии этих признаков;
- когда и как принимать лекарственный препарат, включая связь с приемом пищи;
- что делать при пропуске приема очередной дозы;
- длительность приема;
- наиболее вероятные побочные эффекты и что делать при их возникновении;
- предосторожности применения, возможное влияние на работу, вождение автомобиля, взаимодействие с алкоголем и другими препаратами, возможность неблагоприятного влияния на плод в случае наступления беременности, необходимость контрацепции при приеме препарата и т.д.;
- альтернативные методы терапии и ориентировочную стоимость курса терапии.

Этап V

Крайне важно добиться договоренности с пациентом о строгом соблюдении назначенной ему схемы терапии. При этом нужно объяснить, что в случае возникновения любого дискомфорта, связанного с приемом лекарственного препарата, необходимо сообщить об этом врачу, так как это является основанием для коррекции дозы или смены препарата. Не следует самостоятельно прерывать лечение.

Необходимо выявить индивидуальные симптомы, которые указывают на риск развития рецидива у данного пациента, и замотивировать пациента на обращение к врачу при их появлении. Это даст шанс на более быстрое купирование рецидива вне стен стационара.

Следует заранее обсудить частоту посещений врача и установить график визитов.

Приложение Г1 -Г3. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.

Приложение Г1. Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HAM-D-17)

Инструкции:

- Пожалуйста, проинформируйте пациента, что для достижения цели опроса, необходимо очень точно отвечать на вопросы.
- Пожалуйста, последовательно изучите каждый пункт
- Упомянутым 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 (поставьте только один ответ).
- Пожалуйста, напишите примечания к каждому пункту.

<p>1. СНИЖЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ (переживания подавленности или печали, безнадежности, беспомощности, собственной малоценности) 0 <input type="checkbox"/> Отсутствует 1 <input type="checkbox"/> Сообщает о своих переживаниях только при расспросе 2 <input type="checkbox"/> Сообщает свои переживания спонтанно вербальным образом 3 <input type="checkbox"/> Выражает свои переживания невербальным образом, т.е. мимикой, позой или жестами, голосом и готовностью к плачу 4 <input type="checkbox"/> Пациент как в спонтанных высказываниях, так и невербальным образом выражает только эти чувства</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2. ЧУВСТВО ВИНЫ 0 <input type="checkbox"/> Отсутствует 1 <input type="checkbox"/> Высказывает самоупреки или идеи самоуничтожения; считает, что подвел других 2 <input type="checkbox"/> Идеи собственной виновности или мучительные размышления о прошлых ошибках или грехах 3 <input type="checkbox"/> Настоящее заболевание расценивается как наказание; бредовые идеи виновности. 4 <input type="checkbox"/> Вербальные галлюцинации обвиняющего и осуждающего содержания и/или угрожающие зрительные галлюцинации</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>3. СУИЦИДАЛЬНЫЕ НАМЕРЕНИЯ</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Отсутствует</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Ощущение малоценности жизни; говорит, что жить не стоит</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Желание смерти или какие-либо мысли о возможности собственной смерти</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Суицидальные высказывания или жесты</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Попытки самоубийства (любая серьезная попытка оценивается как «4»).</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4. БЕССОННИЦА: РАННЯЯ (ТРУДНОСТИ ПРИ ЗАСЫПАНИИ)</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Отсутствие затруднений при засыпании</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (напр., дольше чем 1/2 часа)</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Жалобы на невозможность заснуть каждую ночь</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>5. БЕССОННИЦА: СЕРЕДИНА НОЧИ</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Отсутствует</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Пробуждения в течение ночи - любой подъем с постели оценивается как «2» (исключая физиологические потребности)</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>6. БЕССОННИЦА ПОЗДНЯЯ: РАННИЕ УТРЕННИЕ ЧАСЫ</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Отсутствует</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Просыпается в ранние утренние часы, но снова засыпает</p> <p>2 <input type="checkbox"/> При пробуждении заснуть повторно не удается</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>7. РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И АКТИВНОСТЬ</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Никаких затруднений не испытывает</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с деятельностью: работой или хобби</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 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)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 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</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 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</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>8. ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ (замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Нормальная речь и мышление</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Легкая заторможенность в беседе</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Заметная заторможенность в беседе</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Беседа с больным затруднена</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Полный ступор</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>9. ВОЗБУЖДЕНИЕ (во время беседы)</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Отсутствует</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Суетливость</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Беспокойные движения руками, теребление волос и т.д.</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Подвижность, неусидчивость</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Заламывание рук, кусание ногтей, выдергивание волос, покусывание губ</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>10. ПСИХИЧЕСКАЯ ТРЕВОГА</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Отсутствует</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Субъективное напряжение и раздражительность</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Беспокойство по незначительным поводам</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Тревога, отражающаяся в выражении лица и речи</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Спонтанно излагает свои тревожные опасения</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>11. СОМАТИЧЕСКАЯ ТРЕВОГА (физиологические проявления тревоги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гастроинтестинальные - сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка; • сердечно-сосудистые - сердцебиение, головные боли; • дыхательные - гипервентиляция, одышка; • учащенное мочеиспускание; • повышенное потоотделение <p>(отмечайте согласно частоте и тяжести симптомов)</p> <p>0 <input type="checkbox"/> Отсутствие</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Легкая</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Умеренная</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Тяжелая</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Крайне тяжелая (вплоть до функциональной недостаточности)</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>12. СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ</p> <p>0 <input type="checkbox"/> нет</p> <p>1 <input type="checkbox"/> потеря аппетита, но ест без помощи персонала, ощущение тяжести в желудке</p> <p>2 <input type="checkbox"/> трудно есть без помощи персонала, просит слабительное или другое лекарство для ЖКТ</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>13. ОБЩИЕ СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ</p> <p>0 <input type="checkbox"/> нет</p> <p>1 <input type="checkbox"/> тяжесть в конечностях, спине или голове. Боли в пояснице, головные и мышечные боли. Утрата энергии и истощение</p> <p>2 <input type="checkbox"/> любые, ясно выраженные симптомы учитываются как 2</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>14. ПОЛОВЫЕ СИМПТОМЫ (такие, как например утрата либидо, менструальные проблемы) 0 <input type="checkbox"/> отсутствуют 1 <input type="checkbox"/> средне 2 <input type="checkbox"/> сильно</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>15. ИПОХОНДРИЯ 0 <input type="checkbox"/> отсутствует 1 <input type="checkbox"/> иногда появляются мысли о здоровье 2 <input type="checkbox"/> поглощен мыслями о здоровье 3 <input type="checkbox"/> частые жалобы, просьбы о помощи и т.п. 4 <input type="checkbox"/> ипохондрический бред</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>16. ПОТЕРЯ ВЕСА 0 <input type="checkbox"/> не потерял в весе или вес потерян по ДРУГОЙ причине, не связанной с настоящим заболеванием 1 <input type="checkbox"/> подозревается потеря в весе по причине теперешнего заболевания 2 <input type="checkbox"/> пациент уверенно подтверждает потерю веса из-за депрессии</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>17. КРИТИКА 0 <input type="checkbox"/> подтверждает подавленность и заболевание ИЛИ в данное время не в депрессии 1 <input type="checkbox"/> подтверждает заболевание, но причиной тому ставит плохую пищу, переутомление, вирус, нужду в отдыхе и т.п. 2 <input type="checkbox"/> вообще отвергает, что болен</p>	<p>Основание для оценки</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Сумма баллов:

Приложение Г2. Шкала Монтгомери – Асберг для оценки депрессии (MADRS)

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.

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

2 – СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОДАВЛЕННОСТИ

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

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

3 – ВНУТРЕННЕЕ НАПРЯЖЕНИЕ

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

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

4 – НАРУШЕНИЯ СНА

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

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

5 – СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА

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

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

6 – НАРУШЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ВНИМАНИЯ

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

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

7 – УСТАЛОСТЬ

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

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

8 – НЕСПОСОБНОСТЬ ИСПЫТЫВАТЬ ЧУВСТВА

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

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

9 – ПЕССИМИСТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ

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

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

10 – СУИЦИДАЛЬНЫЕ МЫСЛИ

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

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

Сумма баллов:

Приложение Г3. Колумбийская Шкала Оценки Тяжести Суицида (C-SSRS)

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕИ	
<p>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».</p>	
<p>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:</p>	<p>Да Нет <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>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:</p>	<p>Да Нет <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>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:</p>	<p>Да Нет <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>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:</p>	<p>Да Нет <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

<p>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?</p> <p>Если да, опишите:</p>	<p>Да Нет <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
---	---

ИНТЕНСИВНОСТЬ СУИЦИДАЛЬНЫХ ИДЕЙ			
Тип идеи	Тип № (1-5)	Описание	Вся жизнь – Момент, когда он/она испытывал(а) самое сильное желание покончить с собой
Первое исследование Наиболее опасные идеи:			
<p>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).</p> <p>Спросите его/ее, когда он/она испытал(а) самое сильное желание покончить с собой.</p>			Наиболее опасные
<p>Частота Сколько раз Вас посещали подобные мысли? Реже одного раза в неделю Раз в неделю 2-5 раз в неделю Каждый день или почти каждый день Множественно каждый день</p>			–
<p>Продолжительность Когда подобные мысли посещают Вас, как долго они длятся? Они мимолетны – несколько секунд или минут Менее часа / недолго 1-4 часа / долго 4-8 часов / большую часть дня Более 8 часов / они устойчивы или постоянны</p>			–
<p>Контролируемость Могли /можете ли Вы при желании прекратить думать о самоубийстве или желании умереть? С легкостью может контролировать такие мысли Может контролировать такие мысли с незначительными затруднениями Может контролировать такие мысли с некоторыми затруднениями Может контролировать такие мысли с большими затруднениями Не в состоянии контролировать такие мысли Не пытается контролировать такие мысли</p>			–

<p>Сдерживающие факторы</p> <p>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?</p> <p>Сдерживающие факторы определенно удержали Вас от попытки самоубийства</p> <p>Вероятно, сдерживающие факторы удержали Вас</p> <p>Вы не уверены, что сдерживающие факторы не удержали Вас</p> <p>Скорее всего, сдерживающие факторы не удержали Вас</p> <p>Сдерживающие факторы определенно не удержали Вас</p> <p>Данный пункт не применим</p>	<p>–</p>
<p>Основания суицидальных идей</p> <p>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?</p> <p>Исключительно для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей</p> <p>Большей частью для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей</p> <p>В равной степени для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей и для того, чтобы прекратить / остановить боль</p> <p>Большей частью для того, чтобы прекратить / остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали)</p> <p>Исключительно для того, чтобы прекратить или остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы чувствовали)</p> <p>Данный пункт не применим</p>	<p>–</p>

<p>СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ</p> <p>(Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида)</p>	<p>Вся жизнь</p>
<p>Истинная попытка самоубийства:</p> <p>Акт, потенциально направленный против самого себя, совершенный, по крайней мере, с некоторым желанием умереть в результате данного акта. Осуществленные действия отчасти замыслились 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.</p> <p>Установление преднамеренности: Даже если человек отрицает свое намерение / желание умереть, преднамеренность его действий может быть клинически установлена на основании его поведения или на основании</p>	<p>Да Нет</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

<p>обстоятельств. Например, случаи, когда речь идет о смертельно опасном действии, которое определено не является несчастным случаем, и, следовательно, самоубийство является единственным возможным объяснением подобного действия (например, выстрел в 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.</p> <p>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 _____?</p> <p>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)</p> <p>Если да, опишите:</p> <p>Отмечалось ли у пациента несуицидальное самоповреждающее поведение?</p>	<p>Общее количество попыток –</p> <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p>
<p>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?</p> <p>Если да, опишите:</p>	<p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Общее количество прерванных попыток –</p>
<p>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</p>	<p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p>

<p>исключением того, что человек останавливает себя сам, а не что-то другое останавливает его / ее.</p> <p>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?</p> <p>Если да, опишите:</p>	Общее количество остановленных попыток
--	--

<p>СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида)</p>	Вся жизнь
<p>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).</p> <p>Предпринимали ли Вы какие либо шаги с целью осуществить попытку самоубийства или подготовиться к самоубийству (например, приобретали таблетки, оружие, раздавали ценные вещи или писали предсмертную записку)?</p> <p>Если да, опишите:</p>	<p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p>
<p>Суицидальное поведение: Суицидальное поведение было выявлено во время периода наблюдения.</p>	<p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p>

Отвечать только для истинных попыток самоубийства	Дата самой недавней попытки:	Дата наиболее тяжелой /опасной попытки:	Дата самой первой попытки:
<p>Реальная опасность /ущерб здоровью: 0. Физических повреждений нет, или они весьма незначительны (например, неглубокие царапины). Незначительные физические повреждения (например, вялая речь, ожоги первой степени, легкое кровотечение, растяжения). 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). 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). Тяжелые физические повреждения; требуется госпитализация и интенсивная терапия (например,</p>	Ввести код	Ввести код	Ввести код
	—	—	—

<p>комагиозное состояние без сохранения рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие более 20% кожи, сильная потеря крови с нестабильными признаками жизни, серьезные повреждения жизненно важных органов). Смерть.</p>			
<p>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 повреждений; человек лег на рельсы, по которым к нему приближался поезд, но его оттащили, и поезд его не переехал).</p> <p>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</p>	<p>Ввести код</p> <p>–</p>	<p>Ввести код</p> <p>–</p>	<p>Ввести код</p> <p>–</p>