PSIXOMED BOOKS

СЕРИЯ ПСИХИАТРИЯ

ДЕПРЕССИЯ

Клинические формы
Диагностика и лечение



ЗЕБИНИСО АХМЕДОВА

ДЕПРЕССИЯ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Клинические формы, нейробиология, диагностика и лечение

Зебинисо Ахмедова

PSIXOMED BOOKS · Ташкент · 2026

© Зебинисо Ахмедова, 2026

Издательство PSIXOMED BOOKS · Ташкент

Все права защищены. Копирование любой части книги без согласия автора запрещено.

Клинические случаи являются условными учебными ситуациями и не отражают историй реальных пациентов. Лекарственные решения принимаются врачом.

Текст автора Зебинисо Ахмедовой отредактирован с использованием искусственного интеллекта и сверстан.

Распространение и использование — только с разрешения автора.

ДЛЯ КОГО НАПИСАНА ЭТА КНИГА

Книга написана для психиатров, психотерапевтов, семейных врачей, клинических психологов, ординаторов и студентов медицинских вузов. В ней изложен подход к диагностике, дифференциальной диагностике, оценке риска и лечению депрессивных расстройств.

Книга не предназначена для пациентов и их близких. Диагноз и назначения делает только квалифицированный врач.

КНИГА В 60 ГЛАВАХ

Руководство для специалистов по клиническим формам, оценке и лечению

В начале книги приведено содержание всех 60 глав, за которым последовательно следует их полный текст. Руководство посвящено клинической беседе, дифференциальной диагностике, обоснованию лечения и наблюдению за его результатами. Клинические примеры представляют собой условные учебные ситуации и не содержат персональных данных реальных пациентов.

Различия между горем, сниженным настроением, симптомом, синдромом и самостоятельным заболеванием. Повседневная деятельность и качество жизни.

Классификация ВОЗ, дополнительные коды клинического руководства и национальные модификации. Краткое сравнение с МКБ-11 и DSM.

Слова самого пациента. Anamnesis morbi — история заболевания; anamnesis vitae — история жизни. Наследственный анамнез, лекарственные препараты и психоактивные вещества.

Внешний вид, контакт, речь, настроение, эмоциональная экспрессия, мышление, восприятие, воля, психомоторика и insight — осознание своего состояния.

Сниженное настроение, anhedonia — снижение способности испытывать удовольствие, уменьшение энергии, чувство вины, безнадежность, изменения сна, аппетита и когнитивных функций.

Число симптомов, их продолжительность, выраженность и нарушения функционирования. Легкие, умеренные и тяжелые состояния.

Мысли, намерение, план, предыдущие попытки, ажитация, психоз, психоактивные вещества и защитные факторы. План безопасности.

PHQ-9, HAM-D, MADRS, EPDS. Различия между скринингом, диагностикой и динамическим наблюдением. Валидность перевода и права на использование.

Биполярность, реакция горя, расстройство адаптации, ПТСР, ОКР, деменция, делирий, соматические заболевания и влияние лекарств.

Жалобы → анамнез → психический статус → симптом → синдром → дифференциальная диагностика → диагноз по МКБ → тяжесть и риск → план лечения.

Клинические критерии, повседневная деятельность, наблюдение и выбор лечения. Источник дополнительных кодов F32.00 и F32.01.

Влияние на трудовую и семейную деятельность, соматический синдром. F32.10 и F32.11. Клинический случай и тактика лечения.

Глубокая ангедония, психомоторные изменения, трудности самообслуживания и план интенсивного лечения.

Бред вины, обнищания, нигилистический бред и галлюцинации. Синдром Котара. Отличие психоза от руминаций.

Границы каждой рубрики, достаточность информации и повторная оценка диагноза. Кодирование атипичных признаков.

История эпизодов, восстановление между ними, особенности течения и отличие от биполярного расстройства.

Отдельные клинические критерии, случай, план лечения и наблюдение для каждого кода.

Отдельное рассмотрение течения без психоза и с психозом. Учет ранее эффективного лечения.

Остаточные симптомы, функциональное восстановление, поддерживающее лечение и профилактика рецидива.

Основания для кодирования, клиническая неопределенность и наблюдение для уточнения диагноза.

Анамнез гипомании и мании, сведения от семьи, смешанные признаки и клинический случай.

Эпизоды без психоза и с психозом. План лечения, отличающийся от лечения униполярной депрессии.

Длительное снижение настроения, отличие от личностных особенностей и присоединяющиеся депрессивные эпизоды.

Границы применения рубрики, дифференциальная диагностика и длительное наблюдение.

Соотношение двух групп симптомов. Отличие от критериев самостоятельных депрессивного и тревожного расстройств.

Стрессор, временная связь, адаптация и изменения функционирования. Указание версии классификации, к которой относится код.

Длительный стресс, клиническая динамика и отличие от депрессивного эпизода. Психотерапевтический план.

Оценка в рамках расстройства адаптации. Сравнение с F41.2 и разбор клинического случая.

Источник дополнительного кода F06.32. Обоснование причинной связи с неврологическим или соматическим заболеванием.

Разграничение интоксикации, состояния отмены, самостоятельной депрессии и психотического расстройства F1x.54.

Критерии F32/F33, границы F53.0, дифференциальная диагностика с биполярным расстройством и послеродовым психозом.

Повторение кратких эпизодов, бессимптомные промежутки и отличие от состояний, связанных с менструальным циклом.

F20.4 — постшизофреническая депрессия. F25.1 — шизоаффективное расстройство, депрессивный тип. Отличие от негативных симптомов.

Печаль, чувство вины, rumination — повторяющиеся негативные размышления. Отличие от ОКР и психотического чувства вины.

Ангедония, апатия, avolition — трудности начала и продолжения целенаправленной деятельности. Оценка мотивации и удовольствия.

Тревога, внутреннее беспокойство и бессонница. Разграничение с акатизией и смешанными аффективными состояниями.

Хроническая боль, утомляемость, телесные жалобы и границы понятия маскированной депрессии.

Разграничение расстройства адаптации, ПТСР, депрессивного эпизода и хронического стресса.

Ухудшение по утрам, утрата реактивности настроения, психомоторные изменения. Соотношение с соматическим синдромом МКБ-10.

Гиперсомния, повышение аппетита, ощущение тяжести в теле и чувствительность к отвержению. Оценка биполярности.

Раздельная оценка психоза и кататонии. Ступор, мутизм, нарушения питания и движений.

Временная связь с приемом препарата, разграничение акатизии, паркинсонизма, седации и остаточной депрессии.

Сезонная повторяемость, перименопауза, пожилой и подростковый возраст. Определение основного диагноза в каждом случае.

Префронтальная кора, передняя поясная кора, миндалевидное тело, гиппокамп, островковая кора и система вознаграждения.

Серотонин, норадреналин, дофамин, GABA и глутамат. Недопустимость отождествления механизма действия лекарства с причиной заболевания.

HPA axis — гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось. BDNF, сон, циркадные ритмы и данные о воспалении.

Клинический профиль, предыдущий ответ на лечение, сопутствующие заболевания, нежелательные эффекты и предпочтения пациента. Ограничения отождествления одного симптома с одним медиатором.

Цели, амбулаторные или стационарные условия, совместное принятие решений и сроки наблюдения.

SSRI, SNRI, другие антидепрессанты, трициклические препараты и MAOI. Механизм действия, показания, дозы, титрация, взаимодействия и мониторинг.

Психотерапия, фармакотерапия или их сочетание. Адекватный пробный курс лечения, ранние изменения и нежелательные эффекты.

Повторная оценка диагноза, приверженности лечению и дозы. Смена препарата, комбинированная терапия и критерии резистентности.

Литий, некоторые антипсихотики и другие стратегии. Доказательная база, критерии выбора и мониторинг.

Нормотимики, соответствующие антипсихотики, место антидепрессантов и наблюдение за переключением аффективной фазы.

Психоз, кататония, ажитация, нарушения приема пищи и жидкости. Различия между инъекционной тактикой и основным лечением депрессии.

Критерии выбора, доказательная база, условия применения, мониторинг и продолжающее лечение.

Когнитивно-поведенческая терапия, behavioural activation — поведенческая активация, интерперсональная терапия и терапия решения проблем. Практические упражнения.

EMDR и травма-фокусированные подходы при наличии ПТСР. Границы доказательной базы DBT, ACT и других методов.

Response — ответ на лечение; remission — ремиссия; recovery — восстановление. Остаточная ангедония, нарушения сна и когнитивные трудности.

Продолжающее и поддерживающее лечение, постепенная отмена препарата, симптомы отмены, ранние признаки рецидива и работа с семьей.

Пациенты со сходными жалобами, но разными диагнозами и лечением. Обоснование решения, оценка результата и изменение плана.

Предупреждение автора

Препараты и протоколы книги необходимо сверять с зарегистрированными в Республике Узбекистан препаратами и утвержденными протоколами.

Назначение незарегистрированного препарата пациенту противоречит закону. Каждое решение принимается врачом, наблюдающим пациента.

СОДЕРЖАНИЕ

I · КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

1 Что такое депрессия 3
2 Классификация депрессии и МКБ-10 13
3 От жалоб к анамнезу 33
4 Психический статус при депрессии 47
5 Основные симптомы депрессии 59
6 Депрессивный синдром и степень тяжести 69
7 Суицидальный риск и неотложная оценка 77
8 Шкалы и измерение результатов лечения 85
9 Дифференциальная диагностика 93
10 Окончательный диагноз и клиническое заключение 101

II · ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПО МКБ-10

11 Легкий депрессивный эпизод 111
12 Депрессивный эпизод средней степени тяжести 119
13 Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов 127
14 Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами 127
15 И F32.9. другие и неуточненные депрессивные эпизоды 143
16 Рекуррентное депрессивное расстройство 151
17 И F33.1. текущий эпизод легкий или средней степени тяжести 159
18 И F33.3. текущий эпизод тяжелый 167
19 Рекуррентная депрессия в ремиссии 175
20 И F33.9. другие и неуточненные рекуррентные депрессивные расстройства 181
21 Легкая или умеренная депрессия при биполярном расстройстве 187
22 И F31.5. тяжелая депрессия при биполярном расстройстве 195
23 Дистимия 203
24 Другие устойчивые расстройства настроения 211
25 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство 219
26 Кратковременная депрессивная реакция 227
27 Пролонгированная депрессивная реакция 235
28 Смешанная тревожная и депрессивная реакция 243
29 Органическое депрессивное расстройство в рамках F06.3 251
30 Депрессивные состояния, связанные с психоактивными веществами 259
31 Послеродовая депрессия и F53.0 267
32 Рекуррентное кратковременное депрессивное расстройство 275

33 Депрессия при расстройствах шизофренического спектра 283

III · КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОФИЛИ

34 Аффективно-руминативный профиль 293
35 Ангедонически-апатический профиль 299
36 Тревожный и ажитированный профиль 307
37 Профиль с преобладанием боли и соматических жалоб 315
38 Депрессивные признаки, сохраняющиеся после стресса 323
39 Меланхолические признаки и понятие эндогенной депрессии 331
40 Депрессия с атипичными признаками 339
41 Психотические и кататонические проявления 347
42 Лекарственно-индуцированные дисфория, апатия и эмоциональное притупление 355
43 Сезонные, перименопаузальные и возрастные особенности 363

IV · НЕЙРОБИОЛОГИЯ

44 Мозговые сети при депрессии 373
45 Нейромедиаторы и рецепторы 381
46 Стрессовая ось, нейропластичность и биологические ритмы 389
47 От симптома к выбору лечения 397

V · ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

48 Индивидуальный план лечения 407
49 Классы антидепрессантов и карточки препаратов 415
50 Выбор первоначального лечения и оценка результата 423
51 При недостаточном ответе на лечение 431
52 Аугментация: усиление эффекта лечения 439
53 Лечение биполярной депрессии 447
54 Ведение тяжелых и неотложных состояний 455
55 Эст, RTMS, КЕТАМИН и ЭСКЕТАМИН 463
56 Психотерапия депрессии 471
57 Работа с травмой, отношениями и сопутствующими расстройствами 479

VI · РЕМИССИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ

58 Ремиссия и функциональное восстановление 489
59 Профилактика рецидивов 497
60 Заключительные клинические случаи и алгоритмы принятия решений 505

I

ЧАСТЬ

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

1-ГЛАВА

Что такое депрессия

Различия между горем, сниженным настроением, депрессивным симптомом, синдромом и расстройством

Фраза «У меня депрессия» может стать началом клинической беседы, но не ее окончательным выводом. Один человек этим словом описывает огорчение после тяжелого дня, другой — отсутствие удовольствия на протяжении нескольких недель, третий — трудности с работой и уходом за собой. Задача врача не отвергать слово, которым пользуется пациент, а понять стоящее за ним состояние.

В этой главе упорядочиваются основные понятия, связанные с депрессией. В последующих главах отдельно рассматриваются коды МКБ-10 и критерии каждой клинической формы. Здесь же мы ищем ответ на важный вопрос: когда речь идет об обычной подавленности, а когда — о совокупности симптомов и определенном психическом расстройстве?

1 Клиническое значение депрессии

При депрессивных расстройствах сниженное настроение или уменьшение интереса и удовольствия от прежде интересовавшей деятельности приобретают устойчивый характер. Могут также изменяться сон, аппетит, энергия, внимание, самооценка и повседневная деятельность. Симптомы влияют на учебу, работу, отношения и уход за собой. Не все пациенты предъявляют одинаковые жалобы: одни сильнее ощущают печаль, другие — внутреннюю пустоту, третьи — бесчувственность или раздражительность. [1, 2]

«Депрессия» — широко используемый в клиническом общении термин. Поэтому в документации должно быть ясно, в каком значении он употреблен: отдельный симптом, депрессивный синдром или диагноз, обоснованный критериями классификации? Точность облегчает и лечение, и объяснения пациенту.

2 Разграничение понятий

3 Сниженное настроение и депрессивный симптом

Сниженное настроение характеризует эмоциональное состояние человека в определенный момент. Например, огорчение после разногласий, упадок духа из-за неудачи в важном деле или слезы вследствие утраты могут быть частью жизненного опыта. Неверно как автоматически считать такие чувства болезнью, так и оставлять их без внимания со словами «это бывает у всех». Изучают их продолжительность, интенсивность, содержание и влияние на жизнь человека.

Симптом — отдельный признак, имеющий значение для клинической оценки. Сниженное настроение, уменьшение способности испытывать удовольствие, нарушение сна или ощущение собственной никчемности могут быть зафиксированы как симптомы. Один симптом не определяет диагноз. Бессонница, например, наблюдается не только при депрессии, но и при тревоге, боли, воздействии психоактивных веществ или нарушении режима сна.

4 Депрессивный синдром

Синдром — клиническая совокупность взаимосвязанных признаков. При депрессивном синдроме изменения эмоционального состояния, мышления, интересов, активности и телесных функций оцениваются как единое целое. Для его понимания важна ангедония, то есть уменьшение удовольствия от того, что прежде его приносило. Пациент может не говорить «у меня плохое настроение», но сказать: «Меня ничто не трогает».

Выявление синдрома ставит следующий вопрос: в рамках какого расстройства он возник? Наличие депрессивного синдрома не позволяет сразу сделать вывод об униполярном депрессивном расстройстве. Изучают предшествовавшую манию или гипоманию, воздействие веществ, соматические заболевания и другие возможные объяснения.

5 Депрессивный эпизод и депрессивное расстройство

Понятие эпизода обозначает состояние в определенный период, а понятие расстройства — место заболевания в классификации и его течение. Например, для оценки текущего эпизода важны симптомы, а чтобы рассматривать его в рамках рекуррентного или биполярного расстройства, нужна вся история заболевания. В МКБ-10 рубрика F32 обозначает депрессивный эпизод, F33 — рекуррентное депрессивное расстройство, а F31 — биполярное аффективное расстройство. [3]

Поэтому в записи формулировки «выявлено сниженное настроение», «предполагается депрессивный синдром» и «обоснован диагноз депрессивного эпизода» не взаимозаменяемы. Они отражают разные этапы оценки.

6 Горе и повседневная деятельность

7 Горе после утраты

Потеря близкого человека, завершение отношений или невозможность достичь важной цели могут вызвать глубокое горе. Его проявления зависят от культуры, семейных отношений и личного опыта. В такой ситуации выслушать человека, поддержать его и определить его потребности не менее важно, чем поставить диагноз.

Горе и депрессия иногда выглядят сходным образом и могут сосуществовать. Наличие утраты не исключает депрессивного эпизода; в то же время сами по себе слезы не доказывают депрессию. Изучают течение состояния во времени, интерес и удовольствие, самооценку, надежду, безопасность и функционирование. По одному простому признаку провести четкую границу между ними невозможно.

В клинической беседе вместо оценочного вопроса «Почему вы так сильно горюете?» больше информации дает вопрос «Как эта утрата изменила вашу повседневную жизнь?». Дальнейшие вопросы помогают выяснить, с чем человек справляется и в чем нуждается в помощи. [4]

8 Сохранение деятельности не всегда означает легкое состояние

Некоторые пациенты продолжают ходить на работу, несмотря на тяжелые внутренние переживания. Это не означает, что их прежняя продуктивность и качество жизни сохранились. Важны такие изменения, как значительное увеличение времени на выполнение одной задачи, полное истощение после работы, отстранение от общения с семьей или выполнение личной гигиены через силу.

Функциональное состояние сравнивают с привычным уровнем самого пациента. Для ранее активного человека существенным изменением может быть то, что даже короткая беседа стала трудной. У другого пациента социальные трудности существовали и раньше; необходимо отделить ту их часть, которая возникла недавно.

9 Вопросы для оценки функционирования

- Какие дела, с которыми вы раньше легко справлялись, теперь стали трудными?
- Что изменилось в общении с членами семьи, питании и уходе за собой?

- Если вы продолжаете работать или учиться, сколько сил это у вас отнимает?
- В какое время дня трудности усиливаются и что приносит хотя бы небольшое облегчение?

Конкретные примеры в ответах полезнее общих оценок «хорошо» или «плохо». Оценка функционирования дополняет перечень симптомов, но не заменяет его.

10 Продолжительность и клиническая картина

11 Как понимать критерий двух недель

При оценке депрессивного эпизода важным критерием является сохранение симптомов обычно не менее двух недель. Но это не означает: «Не обращайтесь за помощью, пока не пройдут две недели». Если даже за короткое время возникает опасное состояние или резкое нарушение функционирования, оценку и помощь не откладывают. Для точной диагностики применяют все критерии выбранной классификации. [1, 3]

Установить продолжительность, ограничившись одним вопросом «Когда это началось?», трудно. Возможно, сначала изменилось настроение, а сон нарушился позже. Пациент может считать началом болезни ухудшение последних дней. Поэтому отдельно фиксируют первые изменения, начало устойчивых симптомов, периоды облегчения и нынешнее ухудшение.

12 Депрессия проявляется не только печалью

Пациенты по-разному описывают свое эмоциональное состояние. Фразы «У меня внутри пусто», «Нет никакого внутреннего побуждения», «Не хочется разговаривать с людьми», «Ничто больше не нравится» служат основой для уточняющих вопросов. Ни одна из них сама по себе не является диагнозом. Их рассматривают вместе с изменениями интереса, удовольствия, энергии, внимания, сна, аппетита и двигательной активности. [2]

Соматические жалобы также занимают важное место в беседе. Пациент может не воспринимать утомляемость, боль или трудности с пищеварением как «психическую» проблему. Нельзя сразу объяснять такие жалобы депрессией: необходимы медицинский анамнез, осмотр и обследования по показаниям. Психическое и физическое заболевания могут существовать одновременно. [2, 5]

13 Тяжесть симптомов и риск — разные показатели

Оценки «легкая», «умеренная» и «тяжелая» обобщают клиническую картину. Однако безопасность оценивают отдельно у каждого пациента. Нельзя считать человека находящимся в безопасности только на основании общего балла или количества симптомов. Отсутствие слез, улыбка при общении или наличие семьи также не доказывают отсутствия риска.

В этой книге есть отдельные главы, посвященные степени тяжести и риску. При первой встрече приоритетная задача — без промедления распознать угрожающие жизни признаки и вести с пациентом спокойный и открытый диалог.

14 Разные диагнозы за одинаковыми жалобами

15 Путь к диагнозу

Приведенный в книге перечень видов депрессии предназначен не только для запоминания кодов. Он показывает, что за сходными жалобами могут стоять разные клинические состояния. Сначала описывают нынешнее состояние пациента, затем восстанавливают его историю, после чего проверяют альтернативные объяснения. Лишь после этого формируются диагноз и логика лечения.

Важны прежние периоды повышенного настроения, сниженной потребности во сне, необычной активности или импульсивности. Пациент мог не считать такие периоды болезнью. Поэтому недостаточно ограничиваться вопросом «Была ли у вас раньше депрессия?». Знание всего течения заболевания помогает оценить вероятность биполярного расстройства. [4]

Состояние, начавшееся после стресса, также нельзя автоматически обозначать как «реактивную депрессию». Учитывают временную связь со стрессором, полную картину симптомов и их последующее течение. При изменениях, связанных с приемом лекарств, алкоголя или других веществ, особое значение имеют временная последовательность и другие медицинские данные.

16 Клинический профиль и официальный диагноз

Определения «преобладает тревога», «выражена ангедония», «много телесных жалоб» отражают клинический профиль пациента. Они могут показывать, чему уделить внимание при лечении, но сами по себе не становятся отдельным кодом МКБ. Основной диагноз и ведущие признаки можно записать вместе, однако их функции различны.

Таким же образом уточняют выражение «вид депрессии». Идет ли речь о расстройстве в классификации, тяжести текущего эпизода, наличии психотических признаков или ведущих жалобах? Объединение этих разнородных сведений в перечень одного уровня может запутать и пациента, и специалиста.

17 Объяснять причину одним медиатором недостаточно

Для понимания депрессии биологические, психологические и социальные факторы рассматривают совместно. Из симптома нельзя вывести индивидуальное лабораторное заключение «мало серотонина» или «не хватает дофамина». Нейробиологическая модель помогает изучать заболевание; она не равнозначна результату прямого измерения у конкретного пациента. [1, 2]

Объясняя состояние пациенту, можно обсудить наследственность, сон, физическое здоровье, жизненные события, отношения и поведенческие факторы. Указание на один фактор не означает отрицания остальных и не дает оснований считать пациента виноватым.

18 Начало оценки и помощи

19 Шкала и клиническая беседа

Опросники, такие как PHQ-9, могут помочь выявить симптомы и проследить их изменение во времени. Однако интерпретировать результат в отрыве от клинической беседы нельзя. Важно, как пациент понял вопрос, какой период учитывал, а также языковой и культурный контекст. Одного балла недостаточно для окончательного диагноза или выбора лекарства. [4]

При клинической оценке сопоставляют слова самого пациента, наблюдаемый психический статус, предшествующий анамнез и текущее функционирование. При необходимости с учетом согласия пациента и требований конфиденциальности получают дополнительные сведения от близких. Замеченные ими изменения не заменяют переживаний пациента, а дополняют картину.

20 Когда нужна неотложная помощь

При намерении причинить себе вред или непосредственной угрозе этого, психотических симптомах, тяжелой ажитации, невозможности принимать пищу или воду, острой спутанности сознания нельзя ограничиваться ожиданием планового приема. Организуют неотложную медицинскую и психиатрическую оценку. Некоторые из этих признаков встречаются и при других заболеваниях, помимо депрессии. [2]

Если выявлены усталость от жизни или мысли о смерти, о них следует расспрашивать без осуждения и попыток пристыдить. В клинической беседе выясняют непосредственность риска, намерение, случаи самоповреждения в прошлом, наличие поддерживающих людей и меры безопасности. При непосредственной опасности человека не оставляют одного и обращаются в местную экстренную службу. Текст этой главы не заменяет оценку риска у конкретного пациента.

21 Первоначальные объяснения о лечении

Существуют эффективные способы помощи при депрессии. Психотерапию, лекарственные средства и в некоторых случаях другие медицинские методы выбирают исходя из клинических потребностей. Для более легкого состояния, тяжелого эпизода, психотической и биполярной депрессии нельзя применять одну и ту же готовую схему. План лечения учитывает диагноз, риск, сопутствующие заболевания, прежний ответ на лечение и выбор пациента. [2]

При первом объяснении необязательно сразу требовать от пациента больших перемен. Важно договориться с учетом его нынешних возможностей о том, какую помощь он может принять и что будет делать до следующей встречи. Вместо приказа «Возьмите себя в руки» предлагают понятный, выполнимый шаг и план наблюдения.

22 Учебные клинические случаи

Следующие примеры составлены в учебных целях и не являются историями реальных пациентов. Они направлены скорее на понимание того, каких сведений не хватает, чем на поиск готового диагноза.

23 Первый случай. Горе после утраты

Женщина 42 лет сообщает о плаксивости и нарушении сна после потери близкого человека. Иногда разговор с семьей приносит ей облегчение, но вернуться к работе трудно. Она спрашивает: «Не началась ли у меня депрессия?»

Обсуждение. Одних этих сведений недостаточно для диагноза депрессивного эпизода. Изучают течение горя, продолжительность симптомов, ангедонию, самооценку, безопасность и функционирование. Потребность в поддержке может существовать независимо от того, установлен ли диагноз. Утрата — важный контекст для понимания состояния, но она не отвечает на все клинические вопросы.

24 Второй случай. Не печаль, а внутренняя пустота

Мужчина 35 лет говорит, что на протяжении трех недель ходит на работу, но ни от чего не получает удовольствия. Он мало спит, с трудом принимает решения и избегает разговоров с семьей. Он думает: «Я же не плачу, значит, наверное, это не депрессия».

Обсуждение. Отсутствие слез не исключает депрессию. Ангедонию, сон, энергию, внимание и функциональные изменения оценивают в совокупности. Нужны сведения о прошлых эпизодах, признаках мании или гипомании, веществах, физическом здоровье и безопасности. Сохранение посещения работы не является основанием автоматически считать состояние легким.

25 Третий случай. Период активности в прошлом

Пациент 29 лет обратился со сниженным настроением и слабостью. В беседе выяснилось, что ранее в течение нескольких дней он очень мало спал, но не уставал, строил необычно много планов и совершал крупные траты. Тот период он описывает словами «Я наконец-то пришел в себя».

Обсуждение. Рассматривать только нынешнее депрессивное состояние недостаточно. Уточняют продолжительность прежнего периода, изменения настроения и активности, последствия и наблюдения окружающих. Этот пример показывает необходимость проверить вероятность биполярного расстройства; одного краткого описания недостаточно для постановки диагноза.

26 Практические выводы главы

27 Пример простого объяснения пациенту

«Мы серьезно относимся к изменениям, о которых вы рассказали. Чтобы определить, есть ли депрессия, мы изучаем не только настроение, но и сон, интересы, силы, мышление и повседневную жизнь. Нам также нужно узнать, какие периоды были раньше и какие другие факторы влияют на ваше здоровье. Уточнив состояние, мы вместе определим подходящий вам план помощи».

Этот пример служит началом общения. Формулировки упрощают с учетом возраста, образования, языка и нынешнего состояния пациента. После объяснения вопрос «Как вы поняли то, что я сказал?» помогает проверить взаимопонимание.

28 Основные положения

- Сниженное настроение, депрессивный симптом, синдром и диагноз — разные понятия.
- Одинаковая текущая жалоба может быть связана с разной историей заболевания.
- Повседневную деятельность, продолжительность и течение симптомов оценивают совместно.
- Не следует приравнивать горе к болезни, но нельзя и пропускать стоящий за ним депрессивный эпизод.
- Шкала, внешний вид или один симптом не заменяют клинической оценки.
- При непосредственной опасности помощь не откладывают до полного завершения диагностики.

29 Вопросы для самопроверки

1. Почему от жалобы «У меня нет настроения» нельзя сразу переходить к диагнозу F32? 2. В чем различие между депрессивным синдромом и депрессивным расстройством? 3. О каких функциональных изменениях следует спросить, даже если пациент ходит на работу? 4. Почему при состоянии, похожем на депрессию, мы изучаем прежние периоды повышенного настроения? 5. Почему ошибочно превращать критерий двух недель в правило откладывания помощи?

В следующей главе упорядочиваются классификация депрессии и рубрики МКБ-10. Основной итог этой главы — необходимость точно описать состояние пациента до постановки диагноза и не смешивать понятия.

Источники к главе

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression). Информационная страница. 11 сентября 2026 года. Краткие сведения об определении, симптомах, влиянии на функционирование и факторах. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

2. National Institute of Mental Health. Depression. NIH Publication No. 24-MH-8079. Revised 2024. Образовательный материал о клинических проявлениях, оценке и методах помощи. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression

3. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva, 1993. Рубрики F31–F33. Критерии подробно рассматриваются в последующих специальных главах. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

4. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults treatment and management. NG222. 2022. Рекомендации 1.2.6 и 1.2.7: комплексная клиническая оценка, анамнез и функциональное состояние. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

5. National Health Service. Diagnosis Depression in adults. Клиническая беседа и оценка других медицинских причин. https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/depression-in-adults/diagnosis/

Дата обращения к источникам: 7 ноября 2026 года. Текст представляет собой краткое содержательное изложение источников и клинические пояснения; это не официальный перевод классификации.

30 Область применения

Глава предназначена для психиатров, психотерапевтов и клинического обучения. Разделы объяснений пациенту изложены простым языком для использования в медицинском общении. Текст не заменяет обследование конкретного пациента, постановку диагноза или индивидуальный план лечения.

2-ГЛАВА

Классификация депрессии и МКБ-10

Одно слово, разные рубрики: название диагноза, код и версию классификации следует читать вместе

В первой главе мы обсуждали, почему нельзя приравнивать сниженное настроение к диагнозу. Теперь обратим внимание на вторую ошибку: объединение всех состояний, называемых «депрессией», под одним кодом. Даже при сходных текущих жалобах история заболевания, основное расстройство и клинический контекст могут различаться.

Задача этой главы не в том, чтобы уместить все критерии на одной странице. Она дает карту классификации, необходимую для правильного чтения последующих клинических глав: к какой системе относится код, что он уточняет и чего сам по себе не решает.

1 Для чего нужна классификация

МКБ — Международная классификация болезней. ВОЗ разрабатывает ее для систематической регистрации и сопоставления данных о заболеваемости и причинах смерти. Кодирование диагноза создает общий язык для врачей, учреждений и информационных систем. Однако код не является полным клиническим описанием пациента. [2.1]

В медицинской записи мы различаем три уровня: реальное состояние пациента; объясняющий его клинический диагноз; соответствующий диагнозу код классификации. Например, следующий врач, увидев только код, не узнает об изменениях сна, трудностях на работе, риске или прежнем ответе на лекарство. Поэтому наряду с кодом необходимо краткое клиническое обоснование.

2 Основное правило этой книги

Сначала обосновывают диагноз, затем выбирают код. «Подгонять» пациента под найденный в поиске код — обратный путь. Вместо заполнения пробелов предположениями мы записываем, что установлено и что еще предстоит проверить.

Раздел книги о МКБ-10 опирается на классификацию ВОЗ. При использовании кодов с дополнительными знаками указывается их источник в клиническом руководстве. Примеры из национальной модификации обозначаются отдельно. Версию отчетности,

используемую в конкретном учреждении Узбекистана, необходимо сверять с действующим местным порядком; эта глава его не заменяет.

Разные источники под одним названием

3 Клиническое руководство ВОЗ и исследовательские критерии

Издание МКБ-10, содержащее клинические описания и диагностические указания для психических расстройств, вышло в 1992 году. Оно описывает клинические проявления, дифференциальную диагностику и указания по установлению диагноза. В клинических ситуациях с неполными сведениями сохраняется определенная свобода профессионального суждения. [2.2]

Diagnostic criteria for research 1993 года — отдельный набор критериев, предназначенный для исследований. Его задача — обеспечить отбор участников исследований по единым правилам. Клиническое руководство и исследовательские критерии дополняют друг друга, однако нельзя смешивать их формулировки и назначение. [2.3]

Поэтому, когда в следующей главе говорится о «критерии», указывается и источник. Неверно представлять пояснение из клинического руководства как жесткое условие исследования или создавать новое смешанное правило, взяв количество симптомов из одного издания, а исключения — из другого.

4 МКБ-10 и ICD-10-CM — не одно и то же

ICD-10-CM — клиническая модификация, разработанная для кодирования заболеваемости в США. Ее ведет центр NCHS при CDC, который выпускает ежегодные обновления. Она основана на МКБ-10 ВОЗ, но не все коды и названия обязательно совпадают. [2.4]

Поиск в интернете часто выдает первыми американские сайты кодирования. Краткая надпись «ICD-10» на странице не доказывает, что речь идет об основной классификации ВОЗ. Проверяют заголовок, страну, год издания и полное название кода. Особенно при пятизначном коде нельзя принимать решение только по цифрам.

5 Практический пример: семейство F43.2

В клиническом руководстве ВОЗ 1992 года F43.20 уточняет кратковременную депрессивную реакцию, F43.21 — пролонгированную депрессивную реакцию, а F43.22 — смешанную тревожную и депрессивную реакцию. Это дополнительные коды в рамках расстройства адаптации. [2.2, с. 150–151]

Следовательно, эти названия из авторского перечня нельзя автоматически заменять названиями со страницы кодирования другой страны. Сначала выясняют, относятся ли обе записи к одной версии. Это не техническая мелочь: вместе с кодом может измениться и клинический смысл.

6 Карта классификации депрессивных состояний

Следующая карта объединяет направления, представленные в оглавлении книги. Это не готовая таблица для постановки диагноза: каждая рубрика рассматривается в последующей главе вместе со своими критериями и исключениями.

7 В рамках расстройств настроения

- F32 — депрессивный эпизод. Наряду с оценкой текущего эпизода уточняют и предшествующий анамнез.
- F33 — рекуррентное депрессивное расстройство. Помимо текущего эпизода важны предыдущие эпизоды и состояние в промежутках между ними.
- F31 — биполярное аффективное расстройство. При оценке депрессивных проявлений нельзя упускать из виду манию или гипоманию в анамнезе.
- F34.1 — дистимия; F34.8 — другие устойчивые расстройства настроения. Важны продолжительность и особенности течения.

Эти направления отдельно раскрываются в главах 11–24 авторского плана. Коды F32.0–F32.3 и F33.0–F33.3 различаются по тяжести и психотическим симптомам; разграничить их по одной жалобе «плохое настроение» невозможно. [2.2; 2.3]

8 Контекст, связанный с другими расстройствами

Упомянутые в оглавлении F41.2, F43.2, F06.3, состояния, связанные с психоактивными веществами, послеродовые состояния и спектр шизофрении — не перечень заболеваний с одной причиной. Они обозначают контексты, в которых к депрессивным симптомам ведут различные клинические пути.

Например, наличие у человека соматического заболевания и депрессии само по себе не доказывает причинной связи между ними. Точно так же недостаточно обозначить любое снижение настроения после родов одной меткой F53.0. Проверяют анамнез, синдром и условия соответствующей рубрики.

9 Клинические описания, не являющиеся самостоятельными кодами

Ангедонически-апатический, аффективно-руминативный профиль или профиль с преобладанием болевых жалоб могут быть полезными клиническими описаниями. Однако мы не записываем эти термины как новые официальные F-коды. Сезонность, перименопауза или временная связь с приемом лекарства также дополняют клиническое заключение, но автоматически не заменяют основной диагноз.

В книге рубрика классификации, ведущий симптом, клинический профиль и жизненный контекст рассматриваются на разных уровнях. Это не отрицание их значения, а определение собственной задачи для каждого из них.

10 Почему один симптом встречается в разных разделах МКБ?

Основной вопрос автора: «Если во всех этих случаях есть депрессия, почему в МКБ-10 они помещены в разные разделы?» Ответ: классификация не просто перечисляет случаи сниженного настроения. Она различает течение расстройства настроения, его соотношение с другими синдромами, а в некоторых случаях — обоснованный причинный контекст.

Снижение настроения, подобно боли, может встречаться при нескольких заболеваниях. Однако это сравнение служит только объяснению логики классификации: депрессия сама по себе также может быть самостоятельным расстройством. Поэтому сообщения «Есть депрессивный симптом» и «Установлен диагноз депрессивного расстройства» неравнозначны.

11 Три критерия разграничения

Первый критерий — течение: это единственный эпизод, повторяющееся или длительное состояние либо имеется биполярный анамнез? F32, F33, F34 и F31 по-разному отвечают на эти вопросы.

Второй критерий — клиническая картина и контекст: каково соотношение с тревогой, имеется ли нарушение адаптации к стрессору, можно ли точнее описать послеродовое состояние другой рубрикой? Здесь важны границы F41.2, F43.2 и F53.0.

Третий критерий — обоснованная связь: обусловлено ли расстройство органическим заболеванием или возникает в рамках психотического состояния, вызванного психоактивным веществом? F06 и F1x отдельно отражают этот контекст. Доказать такую связь только одновременным наличием заболеваний нельзя.

12 Рубрика — не готовое доказательство биологической причины

Такое разделение не означает, что все случаи F32 обусловлены исключительно «внутренними», а все случаи F43 — только «внешними» причинами. Стресс может запустить и депрессивный эпизод; биологические факторы также влияют на адаптацию. МКБ — система клинического документирования, которая не объясняет все причины состояния пациента одним числом.

Ниже приведено сравнение кодов. Краткие учебные ситуации специально придуманы и не описывают реальных пациентов. Они не дают готового диагноза, а показывают, какие сведения изменяют решение. Полные критерии раскрываются в специальных клинических главах.

13 Сопоставление рубрик

Рубрика	Основание для разграничения	Решающий вопрос
F32	Текущий депрессивный эпизод	Были ли предыдущие эпизоды или биполярное расстройство в анамнезе?
F33	Рекуррентное течение	Какими были предыдущие эпизоды и восстановление между ними?
F31	Биполярное течение	Есть ли в анамнезе истинная гипомания, мания или смешанный эпизод?
F34.1 / F34.8	Устойчивое расстройство настроения	Это длительный фон или отдельные полноценные эпизоды?
F41.2	Смешанные тревога и депрессия	Достигает ли каждая группа симптомов порога самостоятельного диагноза?
F43.20–.22	Расстройство адаптации	Это связанная со стрессором картина нарушения адаптации или другой полноценный синдром?
F06.32	Органическая связь	Обоснована ли причинная роль соматического заболевания?
F1x.54	Психоз, вызванный веществом	Есть ли психотический синдром и связан ли он с веществом?
F53.0	Послеродовое состояние, не классифицированное в других рубриках	Возможен ли более точный диагноз, например F32, F33 или F31?
F38.10	Краткие повторяющиеся эпизоды	Каковы критерии кратковременности и повторяемости, какова связь с циклом?

Первый столбец показывает код, второй — его логику, третий — вопрос, который следует раскрыть в клинической беседе. Эти вопросы не заменяют перечня официальных критериев.

Основные источники: клиническое руководство ВОЗ и исследовательские критерии, соответствующие F-рубрики [2.2; 2.3].

14 F32: описание депрессивного эпизода

15 Почему именно здесь?

Здесь внимание сосредоточено на текущем депрессивном эпизоде. То, что пациент впервые пришел на прием, не доказывает, что это первый эпизод в его жизни. Поэтому выражение «впервые наблюдаемый» в авторском перечне понимают исходя из подлинной истории заболевания, а не как состояние, которое врач впервые увидел.

Если выявлены предыдущие депрессивные эпизоды, проверяют направление F33; если обоснован анамнез гипомании или мании — F31. Оценивают также альтернативные органические объяснения или связь с веществами. Выбор кода F32 не позволяет пропускать эти вопросы.

16 Коды из авторского перечня

F32.0 — легкий эпизод. Дополнительные коды F32.00 / F32.01 в соответствующем руководстве ВОЗ уточняют отсутствие / наличие соматического синдрома.

F32.1 — эпизод умеренной тяжести. F32.10 / F32.11 также уточняют наличие соматического синдрома.

F32.2 — тяжелый эпизод без психотических симптомов. F32.3 — тяжелый эпизод с психотическими симптомами.

F32.8 — другие депрессивные эпизоды; F32.9 — депрессивный эпизод неуточненный. Первое и второе не являются одинаковой меткой «не знаю». [2.2; 2.3, F32]

17 Тяжесть, психоз и слово «эндогенный»

Легкую, умеренную и тяжелую степень оценивают не по частоте слез, а по всей клинической картине. Сам по себе термин «эндогенный» или «меланхолический» не определяет F32.2. Соматический синдром может отдельно оцениваться и при легком или умеренном эпизоде. Важно также отличать бред от обычного самообвинения: не всякое чувство вины является психозом.

18 Учебная ситуация

У пациента в течение трех недель снижено удовольствие, нарушен сон и затруднена работа. Он говорит, что прежде такого не было. Проверяют вероятность F32, однако код еще не определен: нужны полные сведения о симптомах, тяжести, психозе, риске и альтернативных причинах. Если от семьи станет известно, что ранее уже был сходный период длительностью несколько месяцев, историю заболевания переоценивают.

19 F32.8 и F32.9 — не одно и то же

20 Атипичная или маскированная картина

В авторском перечне атипичная и маскированная депрессия приведены под F32.8. Такие термины встречаются в источнике ВОЗ, однако не каждый клинический «атипичный признак» автоматически означает F32.8. Например, если пациент с повышенной сонливостью или болевыми жалобами полностью соответствует критериям депрессивного эпизода, оценивают основную рубрику, соответствующую тяжести и течению.

Маскированная картина может означать, что пациент обратился с телесными, а не психическими жалобами. Это не освобождает врача от проверки органического заболевания. Само по себе отсутствие выявленного при обследовании соматического заболевания также не доказывает депрессию.

21 Практическое различие между «другим» и «неуточненным»

При обращении к F32.8 в клинической записи объясняют, почему состояние не соответствует другой конкретной рубрике. F32.9 обозначает неуточненный эпизод; фиксируют недостающие сведения и план их получения. Цель не в том, чтобы всегда записывать более длинный код, а в том, чтобы не заявлять точность сверх имеющихся доказательств.

22 Учебная ситуация

Один пациент обратился с болью, утомляемостью и жалобой «Нет сил». В беседе выяснилось, что имеются также подавленность и ангедония. Вместо того чтобы сразу отнести его к F32.8 как случай «соматизированной» депрессии, проверяют депрессивный синдром и проводят медицинскую дифференциальную диагностику. О другом пациенте имеется лишь краткое направление, тяжесть эпизода неясна. Недостаток информации в этих двух ситуациях различен.

23 О слове “major” в DSM

Неправильно механически переводить английский термин major depressive disorder как «тяжелая депрессия», превращая его в F32.2 или F33.2. “Major” в названии диагноза и “severe” как обозначение тяжести эпизода — разные понятия. Примененную классификацию и тяжесть эпизода указывают отдельно. [2.5]

Источник: ВОЗ, рубрики F32.8/F32.9 [2.2; 2.3]. Задача этого раздела — предотвратить ошибочное механическое превращение терминов в коды.

24 F33: к текущему состоянию добавляется история заболевания

25 Почему отдельно от F32?

Отличительный признак F33 не в том, что депрессия «сильнее», а в рекуррентном течении. Даже при нынешнем легком эпизоде может быть обоснована история предыдущих депрессивных эпизодов. И наоборот, длительное течение одного тяжелого эпизода автоматически не означает рекуррентное расстройство.

Важно расспросить о состоянии между эпизодами: симптомы полностью исчезали или частично сохранялись, когда они снова усилились? Однократная замена лекарства или два визита пациента не означают «два эпизода».

26 Все коды

F33.0 — текущий эпизод легкий; F33.1 — умеренный.

F33.2 — текущий эпизод тяжелый, без психотических симптомов; F33.3 — тяжелый, с психотическими симптомами.

F33.4 — в настоящее время ремиссия. Это не означает исчезновения истории заболевания или потребности в наблюдении.

F33.8 — другие рекуррентные депрессивные расстройства; F33.9 — рекуррентное депрессивное расстройство неуточненное. [2.2; 2.3, F33]

27 Правильное место сезонности

В первоначальном авторском перечне сезонное аффективное расстройство приведено как пример F33.8. Не следует превращать это в автоматическое правило. Сезонное повторение — особенность течения: оценивают основное расстройство и тяжесть

нынешнего эпизода. Например, состояние, повторяющееся зимой и сейчас соответствующее критериям умеренного эпизода, необязательно относить к рубрике «другие» только из-за сезонности.

28 Учебная ситуация

Нынешние симптомы пациента соответствуют эпизоду умеренной тяжести. Ранее уже был отдельный депрессивный эпизод, между ними произошло восстановление, анамнез гипомании или мании не выявлен. Эти сведения помогают обосновать направление F33.1. Если позднее появятся надежные данные о прежней гипомании, пересматривают не только последнюю цифру, но и основную рубрику.

29 F31: депрессия в рамках биполярного течения

30 Почему отдельная рубрика?

Биполярную депрессию не всегда можно отличить по одному лишь нынешнему снижению настроения. Решающие сведения могут содержаться в истории эпизодов противоположного полюса. Поэтому при выборе F31 текущее депрессивное состояние описывается как часть всего аффективного течения.

Обычное хорошее настроение, радость от успеха или одна ночь короткого сна не доказывают гипоманию. Оценивают также продолжительность, отличие от привычного состояния, изменения энергии и активности, последствия и влияние веществ или лекарств.

31 Три кода, указанные автором

F31.3 — текущий эпизод легкой или умеренной депрессии.

F31.4 — текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов.

F31.5 — текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами. [2.2; 2.3, F31]

32 Отличие от F33

У двух пациентов нынешние изменения сна, аппетита и ангедония могут быть сходными. У первого в анамнезе только депрессивные эпизоды. У второго обоснован эпизод гипомании или мании, соответствующий критериям. Одинаковые текущие жалобы не помещают их в одну рубрику. Это различие важно и для логики лечения, но конкретное лечение рассматривается в специальной главе.

33 Учебная ситуация

Женщина обратилась с нынешней подавленностью. В один из прежних периодов потребность во сне резко уменьшилась, необычная активность и расходы возросли. Само по себе это сообщение еще не подтверждает F31: проверяют полное клиническое описание периода и возможное влияние веществ/лекарств. Если биполярный эпизод в анамнезе подтвердится, обозначение текущей депрессии только кодом F32 исключит важную часть заболевания.

Состояние со смешанной аффективной картиной или психозом нельзя насильно помещать в один из этих трех депрессивных кодов. Рассматривают и другие соответствующие рубрики; это относится к более широкому разделу дифференциальной диагностики данной книги.

34 F34: длительный фон не равнозначен эпизоду

35 F34.1 — дистимия

Эта рубрика выделяет течение длительно сниженного настроения. Указание «не менее двух лет» из первоначального перечня — важное временное требование исследовательских критериев. Однако нельзя называть дистимией любую депрессию только потому, что она длится два года: изучают, были ли за это время полные депрессивные эпизоды, ремиссии и гипомания. [2.3, F34.1]

В повседневной практике встречается ответ «Я всегда такой». Неверно как принимать это состояние за черту личности, так и ставить F34.1 на основании одной этой фразы. Уточняют время начала, отличие от обычного функционирования и устойчивые симптомы.

36 F34.8 — другие устойчивые расстройства настроения

Эта остаточная рубрика предназначена для клинически значимых устойчивых состояний настроения; необходимо обосновать несоответствие требованиям дистимии или другой подходящей рубрики. Она не означает «антидепрессант не помог». Слабый ответ на лечение сам по себе не превращает код в F34.8. [2.3, F34.8]

37 Отличие от F33

В понимании F33 центральное место занимает история отдельных депрессивных эпизодов. При F34 важны длительный фон настроения и его структура. Иногда на длительный фон может накладываться полный эпизод; тогда в анамнезе необходимо описать оба уровня. Здесь особенно полезно превратить слово пациента «всегда» во временную линию.

38 Учебная ситуация

Один пациент сообщает о постоянно сниженном фоне настроения в течение трех лет, но продолжает ходить на работу. Другой описывает два тяжелых эпизода за три года и период хорошего восстановления между ними. В обоих случаях есть число «три года», но течение неодинаково. Код выбирают не только по календарной длительности, а с учетом структуры симптомов и эпизодов.

Не следует обесценивать дистимию как «незначительное легкое состояние». Даже при относительно невысокой интенсивности симптомов их многолетнее сохранение может существенно влиять на качество жизни.

39 F41.2: соотношение тревоги и депрессии

40 Почему в разделе тревожных расстройств?

В этой рубрике внимание сосредоточено на смешанной картине двух видов симптомов. Имеются и тревожные, и депрессивные симптомы, однако ни те ни другие по отдельности недостаточны для самостоятельного диагноза и ни одна группа явно не преобладает. Если полностью выполнены критерии двух самостоятельных расстройств, неправильно сокращать их до более легкой «смешанной» метки. [2.2, F41.2]

Поэтому не всякая ситуация «пациент тревожен и подавлен» соответствует F41.2. При депрессивном эпизоде возможна выраженная тревога; при тревожном расстройстве также наблюдается временное снижение настроения. Проверяют, какой синдром сформировался полностью.

41 Отличие от F43.22

При F41.2 главное место занимает соотношение смешанных симптомов. При F43.22 такую картину оценивают в контексте расстройства адаптации. Связь со стрессором и временная логика составляют здесь центральную часть диагноза. Но наличие стресса не

позволяет автоматически переводить любое F41.2 в F43.22.

42 Учебная ситуация

У пациента имеются тревога, снижение настроения и трудности со сном. В беседе не удалось полностью обосновать ни депрессивный эпизод, ни самостоятельное тревожное расстройство. Изучают смешанную картину. У другого пациента полностью выполнены критерии депрессивного эпизода и имеется выраженная тревога. Применение к обоим одного термина «тревожно-депрессивный» скрывает клиническое различие.

43 Важное пояснение об исследовательских критериях

Исследовательское издание ВОЗ 1993 года не устанавливает для F41.2 нового строгого количества симптомов, охватывающего все случаи, а указывает на необходимость опираться на клинические рекомендации. Поэтому в книге мы не придумываем собственные числа, называя их «критерием ВОЗ». [2.3, F41.2]

На практике совместно фиксируют, от какого симптома пациент страдает больше, влияние на функционирование, динамику во времени и границы полного синдрома. Два высоких балла при скрининге также сами по себе не означают F41.2.

44 F43.20–F43.22: стрессор и адаптация

45 Почему не F32?

Эти коды обозначают клинические формы расстройства адаптации. В центре внимания не только подавленность, но и трудность адаптации, связанная с определенным стрессором или значительным изменением жизни. Проверяют время начала, сохранение стрессора, последствия и наличие другого полного синдрома.

После стресса может начаться и полный депрессивный эпизод. Поэтому одного сообщения «Началось после ссоры» недостаточно для F43. Прежде чем переводить пациента из F32 в «реактивную» рубрику, сопоставляют критерии.

46 Различия трех дополнительных кодов

F43.20 — кратковременная депрессивная реакция: легкое преходящее состояние продолжительностью не более одного месяца.

F43.21 — пролонгированная депрессивная реакция: легкое депрессивное состояние в ответ на длительный стресс, продолжающееся не более двух лет.

F43.22 — смешанная тревожная и депрессивная реакция: две группы симптомов в рамках расстройства адаптации. [2.2; 2.3, F43.2]

Эти сроки — не единственный диагностический критерий. Например, F43.20 не устанавливают лишь потому, что состояние длится три недели. Обосновывают также его принадлежность к расстройству адаптации, интенсивность и альтернативные синдромы.

47 Учебная ситуация

После потери работы у пациента появились беспокойство, плаксивость и трудности с выполнением привычных задач. Первый вопрос не «Какой код проще?», а «Соответствует ли состояние полному депрессивному эпизоду или расстройству адаптации?». У другого пациента после такого же стрессора развилась тяжелая депрессия с психотическими симптомами. Одно и то же событие не относит двух пациентов к одной рубрике.

Термин «психотравма» также не превращает любое состояние F43 в ПТСР. Характер травматического события и соответствующие синдромы проверяют отдельно. Самому по себе обычному горю автоматически не присваивают психиатрический диагноз.

48 F06.32: органическая причинная связь

49 Почему вне раздела расстройств настроения?

В семействе F06 психическое состояние рассматривается в обоснованной связи с органическим заболеванием, повреждением или дисфункцией головного мозга. F06.3 обозначает аффективные расстройства, а F06.32 в клиническом руководстве ВОЗ уточняет органическую депрессивную форму. [2.2, F06.3]

Эта рубрика не означает простого сочетания «у пациента есть депрессия и соматическое заболевание». Оценивают наличие основного медицинского состояния, клинически убедительную связь, временную последовательность и другие объяснения. Психологическая реакция на страх перед болезнью и ее непосредственное органическое воздействие — не одно и то же.

50 Заболевания, приведенные автором

Инсульт, черепно-мозговая травма, эпилепсия, болезнь Паркинсона и эндокринные патологии — важные контексты клинического обследования. Но наличие одного заболевания из списка автоматически не подтверждает F06.32. У пациента могло и прежде существовать самостоятельное депрессивное расстройство.

51 Учебная ситуация

У одного пациента отдельные депрессивные эпизоды возникали еще до инсульта. У другого психические изменения появились после неврологического события, и медицинская оценка подтверждает их органическую связь. У обоих есть «инсульт + подавленность», но путь обоснования диагноза различен.

52 Что следует прямо указать в документации

Необходимо указать, какое заболевание подразумевается под словом «органический» и чем обоснована связь. Если имеются сомнения, их излагают как проверяемую гипотезу, а не подтвержденную причину.

Необходимость лечения имеющегося медицинского заболевания не означает, что депрессивные симптомы не нужно оценивать отдельно. Равным образом психиатрический диагноз не дает оснований прекращать обследование физических жалоб. В этом разделе объяснена логика причинной связи; конкретное обследование и лечение приводятся в специальной главе.

53 F1x.54: депрессивный психоз, вызванный веществом

54 Важное уточнение первоначального перечня

В первоначальном узбекском тексте F1x.54 был представлен как любое депрессивное состояние после употребления или отмены вещества; в русской части точнее указывалось, что речь идет о психотическом расстройстве. В книге сохраняется второе значение: это форма вызванного веществом психотического расстройства с преобладанием депрессивных симптомов. [2.3, F1x.5]

В коде x — условное обозначение класса вещества. В окончательном медицинском коде его не оставляют в виде x. .5 указывает на психотическое расстройство; следующий знак уточняет его клиническую картину. Краткое название «алкогольная депрессия» не должно скрывать психотическое содержание .54.

55 Что необходимо различать

Подавленность во время употребления, дисфория при абстиненции, самостоятельный депрессивный эпизод и вызванное веществом психотическое расстройство — разные состояния. Проверяют временные соотношения, психотические симптомы, интоксикацию или синдром отмены, состояние сознания и предшествующий анамнез.

Если у пациента нет психоза, запись .54 лишь из-за снижения настроения после вещества неправомерно утяжеляет клиническую картину. И наоборот, при наличии психоза или делирия опасно оставлять описание «обычная подавленность». Каждое состояние оценивают по собственным критериям.

56 Учебная ситуация

Один человек после прекращения употребления алкоголя сообщает о тревоге, бессоннице и дисфории, но психотические симптомы не выявлены. Эти данные не обосновывают F10.54. В другом случае обследованием обоснованы связанный с веществом психотический синдром и преобладание в нем депрессивных признаков. Для этих двух ситуаций одной одинаковой записи «алкогольная депрессия» недостаточно.

57 Почему отдельно от F32?

В этой рубрике ведущий классификационный контекст — вызванное веществом психотическое расстройство. Однако не все психические симптомы каждого употребляющего вещества человека считают обусловленными веществом. Может существовать и самостоятельное аффективное расстройство; анамнез и наблюдение помогают установить это различие.

58 F53.0: остаточная послеродовая рубрика

59 Почему выделено отдельное место?

F53 предназначена для психических расстройств и расстройств поведения, связанных с послеродовым периодом и не классифицированных в других рубриках. В клиническом руководстве ВОЗ этот круг состояний описан в контексте начала в течение шести недель после родов. Наличие рубрики не означает, что все послеродовые депрессии являются отдельным заболеванием. [2.2, F53]

F53.0 не следует понимать как автоматический код «любой легкой/умеренной послеродовой депрессии». Важнейшая граница в названии рубрики — отсутствие классификации в других разделах. Если сведений достаточно и обоснован более точный диагноз, например F32, F33 или F31, выбирают соответствующий путь классификации.

60 Что уточняется в перечне

Выражение «послеродовой» указывает на контекст начала. Само по себе оно не определяет тяжесть, биполярность или наличие психоза. Послеродовой психоз нельзя описывать кодом F53.0 как легкое состояние; требуется неотложная оценка.

61 Учебная ситуация

Женщина обратилась после родов с полной картиной депрессивного эпизода. Если в анамнезе выявляются прежние депрессивные и гипоманиакальные периоды, клиническое направление меняется. В другом случае сведений о симптомах недостаточно и более точная классификация пока не обоснована. Факта «Оба состояния возникли после родов» недостаточно для одинакового кодирования.

62 Безопасность ребенка и матери

Суицидальные мысли, психоз, резкое возбуждение с тяжелой бессонницей, невозможность ухаживать за собой или ребенком и подобные признаки быстро оценивают до выбора кода. Спор о кодировании не должен задерживать неотложную помощь.

В широкой клинической практике период наблюдения за перинатальной и послеродовой депрессией может выходить за узкие классификационные границы F53. Поэтому временной термин и конкретное требование F53 не следует считать одним и тем же.

63 F38.10: короткая длительность, повторяющееся течение

64 Почему это не то же самое, что F33?

Здесь основное отличие не только в повторяемости, но и в краткости отдельных депрессивных периодов. В исследовательских критериях ВОЗ указаны эпизоды короче двух недель, чаще два-три дня; их повторение примерно ежемесячно на протяжении предыдущего года и отсутствие связи исключительно с менструальным циклом. [2.3, F38.10]

«Тяжелые фазы» из авторского перечня не сохраняются как обязательный признак. Эти исследовательские критерии допускают соответствие симптоматической картине легкого, умеренного или тяжелого депрессивного эпизода; краткие эпизоды необязательно должны быть тяжелыми.

65 Как оценивать кратковременное состояние

Само по себе огорчение на один-два дня — не F38.10. Проверяют структуру симптомов, ритм повторения, влияние на функционирование, другие аффективные периоды и связь с циклом. Временная линия или дневник могут показать эту картину точнее, чем общий ответ по памяти.

66 Учебная ситуация

Пациент говорит: «Каждый месяц несколько дней ни на что не хватает сил, потом восстанавливаюсь». Это повод изучить F38.10, но не готовый диагноз. Спрашивают, сколько месяцев это повторяется, какие симптомы имеются в эти дни, есть ли связь с менструальным циклом, гипомания и влияние веществ. Если были отдельные эпизоды продолжительностью более двух недель, путь классификации вновь меняется.

67 Логический итог всего перечня

F32 и F33 выделяют эпизодическое униполярное направление; F31 — биполярное течение; F34 — длительный фон; F38.10 — структуру кратких повторяющихся эпизодов. Для F41.2 и F43.2 важны соотношение симптомов и контекст адаптации. При F06.32 и F1x.54 центральное место в классификации занимает обоснованный органический или связанный с веществом клинический механизм. F53.0 — остаточная рубрика для послеродового состояния, которое нельзя точнее классифицировать в другом разделе.

Таким образом, перечень — не «30 синонимов одной депрессии». Он показывает различные диагностические пути, стоящие за одним и тем же признаком подавленности. Именно выявление этих различий облегчает помощь пациенту.

68 Дополнительные коды и вводящее в заблуждение сходство

Источник пятизначного кода

В клиническом руководстве ВОЗ дополнительные коды, такие как F32.00 и F32.01, уточняют отсутствие или наличие соматического синдрома. F06.32 приводится для органического депрессивного расстройства. В исследовательских критериях F38.10 относится к рекуррентному кратковременному депрессивному расстройству. [2.2; 2.3]

Увидев такой код, не следует заключать: «Число длиннее, значит, диагноз точнее». Дополнительный знак имеет смысл лишь тогда, когда соответствующее условие действительно оценено. То, что электронная система приняла код, не означает проверки клинического обоснования.

69 Соматический синдром не означает соматическое заболевание

Нельзя объединять в одно понятие «соматический синдром» при депрессии в МКБ-10 и имеющееся у пациента сердечное, эндокринное или иное физическое заболевание. Первое — классификационное понятие, отражающее определенные признаки депрессивного эпизода; второе — отдельное медицинское состояние. Их раздельная запись в документации уменьшает риск неверного толкования. [2.2]

70 Не следует понимать F1x.54 как общее обозначение «депрессии, связанной с веществом»

Как отмечено и в авторском оглавлении, F1x.54 обозначает преобладание депрессивных симптомов при психотическом расстройстве, вызванном веществом. Это не общий код любой подавленности после употребления алкоголя или другого вещества. Необходимо различать интоксикацию, состояние отмены, психоз и самостоятельное депрессивное расстройство. [2.3]

71 «Другой» и «неуточненный» — не одно и то же

При кодировании важно отличать достаточно определенное состояние, не полностью соответствующее основным рубрикам, от состояния, о котором пока недостаточно сведений. Вместо выбора обозначения «другой» или «неуточненный» ради удобства следует прочитать пояснения к соответствующей рубрике и обоснование в документации.

Если в ходе наблюдения появляются новые сведения, диагноз может уточняться. Это не означает бесследного удаления прежней записи. Фиксируют, какие новые данные изменили решение, когда проведена переоценка и как это повлияло на план лечения.

72 Краткое сравнение с МКБ-11 и DSM

73 МКБ-11: новая классификация, а не автоматическая замена

МКБ-11 — следующая редакция ВОЗ, вступившая в силу 1 января 2022 года. Страны и системы внедряют ее поэтапно. Поэтому факт существования МКБ-11 не означает немедленной отмены МКБ-10 во всех местных документах. [2.1]

Переход к новой системе не сводится к записи другого кода вместо F-кода. Сопоставляют также термины, границы рубрик, дополнительные признаки и клинические требования. Таблица соответствия может служить ориентиром, но не принимает автоматически клиническое решение для каждого пациента.

DSM-5-TR: название источника тоже важно

DSM-5-TR — диагностическое руководство Американской психиатрической ассоциации, вышедшее в 2022 году. Оно содержит определения и критерии психических расстройств. Это не другое название клинического руководства ВОЗ по МКБ-10. [2.5]

Когда приводят термин или исследование из DSM, прежде чем приравнять их к рубрике МКБ-10 один к одному, сопоставляют критерии. Сходство английских названий не гарантирует полной клинической эквивалентности. Критерии отбора пациентов в исследование влияют на интерпретацию его результатов.

74 Порядок сопоставительного чтения книги

Каждую специальную главу мы читаем с тремя вопросами: какая классификация и какое издание использованы; какие клинические сведения нужны для диагноза; что отличает это состояние от другого сходного диагноза? Тогда перечень кодов превращается из набора обозначений для заучивания в инструмент упорядочивания клинического мышления.

В разделе лечения добавляется еще один уровень источников: современные клинические рекомендации и инструкция к препарату. Издание классификации может объяснять диагноз, но само по себе не является сегодняшним алгоритмом лечения или справочником доз.

75 Проверка перед кодированием

Следующий перечень составлен как практический инструмент проверки для этой книги; он не является отдельной официальной шкалой ВОЗ.

- Записаны ли симптомы, продолжительность и функциональные изменения, обосновывающие диагноз?
- Выяснены ли прежние эпизоды, мания или гипомания и состояние между эпизодами?
- Проверена ли связь с веществом, лекарством или физическим заболеванием?
- Соответствует ли полное название кода выбранной классификации и изданию?
- Действительно ли имеются сведения, необходимые для дополнительного знака?
- Прочитаны ли пояснения о включении и исключении в рубрике?
- Зафиксированы ли нынешняя неопределенность, риск и план дальнейшей оценки?

76 Учебный пример: два разных результата в интернете

Специалист ищет код расстройства адаптации и видит два разных названия для одного числа. Правильный шаг — не выбирать по принципу «Какой сайт популярнее?». Он записывает название классификации, страну, год издания и контекст кодирования обоих

источников. Затем сопоставляет состояние пациента с рубрикой той версии, которую требует учреждение.

В этом условном примере диагноз не устанавливается. Он показывает последовательность проверки информации: пока источник не определен, сходство цифр нельзя принимать за равенство значений.

77 Основной вывод главы

Классификация не заменяет клиническое мышление, а упорядочивает его. Следует не перескакивать от симптома к коду, а приходить к обоснованному диагнозу через анамнез и синдром. Код всегда читают вместе с его системой, изданием и полным названием. Клинический профиль при этом остается дополнительным описанием к официальному диагнозу.

78 Вопросы для самопроверки

1. Чем различаются задачи клинического руководства ВОЗ и исследовательских критериев? 2. Почему ошибочно принимать результат ICD-10-CM за МКБ-10 ВОЗ? 3. Что проверяют перед записью пятизначного кода? 4. В чем различие между соматическим синдромом и соматическим заболеванием? 5. Почему для клинического профиля нельзя самостоятельно создавать новый F-код?

Следующая глава 3 — «От жалоб к анамнезу». В ней поэтапно собирается история пациента, необходимая для правильного применения классификации.

Источники к главе 2

2.1. WHO. International Classification of Diseases (ICD). Назначение классификации, МКБ-11 и контекст внедрения. https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases

2.2. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, 1992. Разделы F06.3, F30–F39, F41.2, F43.2 и F53. F06.32: печатная с. 64; F43.20–F43.22: с. 150–151. https://www.who.int/publications/i/item/9241544228

2.3. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva, 1993. Назначение издания, разделы F1x.5, F30–F39, F41.2 и F43.2; F38.10: с. 107 PDF. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

2.4. CDC / National Center for Health Statistics. ICD-10-CM. Назначение клинической модификации США и поиск по версиям. https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd-10-cm/index.html

2.5. American Psychiatric Association. About DSM-5-TR. https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm

Дополнительная навигация: WHO ICD-10 Version 2019. Для указания версии при поиске кода. https://icd.who.int/browse10/2019/en

Дата проверки источников: 7 ноября 2026 года. Изложение кодов представляет собой учебный комментарий, а не официальный узбекский перевод классификации или местную инструкцию по кодированию.

3-ГЛАВА

От жалоб к анамнезу

От слов самого пациента к временной линии заболевания

Пациент может прийти со словами «У меня депрессия», а может начать с «У меня болит голова», «Я не сплю», «У меня больше нет терпения на детей». Первая задача — не подтвердить готовый диагноз, а понять на языке самого человека, от чего он страдает. Жалоба — входная дверь в беседу; анамнез упорядочивает по времени и смыслу события, стоящие за этой дверью.

Anamnesis morbi — история нынешнего заболевания и прежних сходных состояний. Anamnesis vitae — история жизни человека, клинически значимые сведения о развитии, отношениях и повседневных условиях. Они дополняют друг друга, но не заменяют.

1 Цель этой главы

К концу главы специалист должен уметь записать жалобы словами пациента, восстановить начало и течение состояния, проверить предшествующее лечение и объединить медицинские, семейные сведения и данные о веществах в одно клиническое заключение. Это еще не окончательный диагноз, а подготовка надежной основы для него.

2 Как начать прием

Можно начать с открытого вопроса: «Что сегодня вызывает у вас наибольшие трудности?» или «Что побудило вас прийти на прием?». Затем уточняют основную проблему, названную пациентом. Если с первой минуты превратить беседу в перечень симптомов, можно упустить важный рассказ человека.

В начале приема объясняют цель беседы, ее примерный порядок, конфиденциальность и ее законные границы. Выясняют, на каком языке удобно говорить, нужна ли помощь в связи со слухом или общением. Если необходим переводчик, учитывают согласие пациента и конфиденциальность; автоматически назначать переводчиком близкого человека не всегда удобно или безопасно.

3 Сначала безопасность

При острой спутанности сознания, тяжелом возбуждении, психозе, непосредственном риске самоповреждения или невозможности принимать пищу и воду организуют неотложную оценку, не дожидаясь полного сбора истории жизни. Сбор анамнеза не должен превращаться в формальность, задерживающую помощь.

4 Превращение жалобы в клинические сведения

5 Слова пациента и интерпретация врача

В записи разделяют выражение пациента и клиническую интерпретацию: «Ничто больше не нравится» — слова пациента; «Возможное снижение интереса и удовольствия, уточнено» — клиническое описание. Если пациент сказал «депрессия», необязательно переносить это в раздел установленного диагноза.

Выражение «Нет сил» может означать разное: физическую усталость, сонливость, замедление движений, отсутствие желания или избегание боли. Вопрос «Как отсутствие сил проявляется у вас в течение дня?» помогает разграничить эти значения.

6 Уточнения по каждой основной жалобе

- Начало: когда впервые заметили, внезапно или постепенно?
- Продолжительность: постоянно, в определенную часть дня или отдельными периодами?
- Изменения: когда усиливается, что облегчает?
- Влияние: что изменилось в работе, учебе, отношениях и уходе за собой?
- Значение для пациента: с чем он сам связывает состояние и что его тревожит?

7 Оценка функционирования на конкретных примерах

Ответ «Да» на вопрос «Вы работаете?» не доказывает легкости состояния. Полезнее спросить: «Сколько времени сейчас занимает дело, с которым раньше вы справлялись за час?», «Остаются ли после работы силы на другие дела?». Функционирование сравнивают с прежним индивидуальным уровнем.

Иногда трудности пациента недооценивают, потому что он хорошо выглядит. В другом случае из-за слез спешат заключить, что депрессия тяжелая. Внешнее выражение дополняет жалобу, но не заменяет ее. Клиническая оценка должна учитывать не только количество симптомов, но и продолжительность, течение и влияние на функционирование. [3.1]

8 Избегать наводящих вопросов

Вопрос «У вас ведь все из-за детской травмы, правда?» заранее определяет ответ. Вместо этого спрашивают: «С какими событиями вы связываете эти изменения?». Предположение пациента — важная информация, но не готовое доказательство причинной связи.

9 Anamnesis morbi: построение временной линии

10 Шире, чем «Когда началось?»

День обращения, время ухудшения и время появления первого симптома могут не совпадать. Например, сон нарушился два месяца назад, интерес уменьшился месяц назад, а невозможность выйти на работу появилась на последней неделе. Эти три точки фиксируют отдельно.

Если трудно вспомнить дату, можно использовать жизненные события как ориентиры: отпуск, смену работы, роды или переезд. Но врач не навязывает пациенту связь с событием. Если точной даты нет, время обозначают как приблизительное.

11 Последовательность текущего эпизода

Привычное состояние до начала → первое изменение → расширение симптоматики → влияние на функционирование → поиск помощи → лечение или другое вмешательство → нынешнее состояние. Это рабочий порядок, составленный для этой книги, а не официальная шкала.

Можно спросить об изменениях в течение дня, связи с выходными, сезоном, менструальным циклом или рабочей нагрузкой. Одно совпадение не доказывает повторяющуюся закономерность. При необходимости ее проверяют с помощью записей наблюдения.

12 Поиск прежних эпизодов

Вопроса «Была ли у вас раньше депрессия?» недостаточно. Пациент мог называть прежнее состояние «нервами», «усталостью» или «временем, когда потерял себя». Спрашивают о сне, удовольствии, деятельности, продолжительности, лечении и восстановлении

в тот период.

Было ли между эпизодами полное восстановление или симптомы сохранялись? Переход с одного лекарства на другое не означает нового эпизода. Признаки, появившиеся через несколько дней после прекращения лечения, также нельзя без проверки называть рецидивом.

13 Условный пример временной линии

Со слов пациента: в феврале нарушился сон; в марте снизился интерес к работе; в апреле стал избегать общения с семьей; в мае начал принимать лекарство; в июне сон улучшился, но удовольствие не восстановилось. Вместо общего ответа «Лекарство помогло» становится видно, какие признаки и когда изменились.

Каждую диагностическую гипотезу сопоставляют с этой последовательностью. Основанием решения служит не одно лишь сходство, а история симптомов и клинический контекст.

14 Прежние психические состояния и биполярность

15 Спрашиваем не только о периодах подавленности

Периоды повышенного настроения или необычной активности, эпизодические изменения поведения, состояние между эпизодами и семейный анамнез важны для оценки биполярного расстройства. NICE рекомендует такой широкий психиатрический анамнез. [3.2]

Вопросы «Бывали ли периоды, когда вы мало спали и при этом не уставали?», «В то время вы говорили больше обычного, начинали больше дел или принимали решения, не думая о последствиях?» помогают получить примеры. Ответы интерпретируют с учетом продолжительности, отличия от привычного состояния, последствий и влияния веществ/лекарств.

16 Бессонница и сниженная потребность во сне

Желание спать при невозможности уснуть и необычная бодрость после малого количества сна — разные жалобы. Расспрашивают об ощущениях пациента, дневной энергии и наблюдаемом поведении. Из изменения сна за одну ночь не выводят биполярный диагноз.

17 Другие психические состояния

О прежней тревоге, панике, обсессивных симптомах, психотических переживаниях, расстройствах пищевого поведения и психиатрической помощи спрашивают по клинической необходимости. Это не последовательное перечисление всех диагнозов каждому пациенту, а проверка направлений, способных объяснить нынешнее состояние.

Фиксируют прежнюю стационарную помощь, самоповреждения, суицидальные попытки и тяжелые нарушения функционирования. Для дальнейшего сотрудничества важно также, какая помощь была полезна и какой отрицательный опыт получил пациент.

18 Учебная ситуация

Сейчас пациент подавлен. Он рассказывает, что в прежний «мой лучший месяц» очень мало спал и начал множество проектов. Врач не обозначает это сразу как гипоманию: выясняет продолжительность состояния, наблюдения других людей, отличие от обычного поведения и последствия. Проверяют также временную связь с прежним приемом антидепрессанта или стимулятора.

Если сведения неполны, записывают: «Уточняется вероятность биполярного течения». Неверно как превращать гипотезу в подтвержденный диагноз, так и полностью игнорировать ее из-за неопределенности.

19 Медицинский анамнез и лекарства

20 Совместное рассмотрение физического и психического состояния

Соматическое заболевание, неврологическое состояние, боль, нарушение сна и некоторые лекарства могут вызывать признаки, похожие на депрессию или усиливающие ее. Клиническая беседа, осмотр и обследования по показаниям помогают оценить альтернативные причины. Эта глава не рекомендует автоматически назначать всем пациентам один и тот же широкий набор анализов. [3.3]

Спрашивают о заболеваниях щитовидной железы, черепно-мозговой травме, инсульте, судорожных приступах, хронической боли и других важных медицинских состояниях. Наличие заболевания автоматически не доказывает органическое происхождение депрессии. Важны временные соотношения медицинского состояния, симптомов и лечения.

21 Уточнение списка лекарств

Не ограничиваются рецептурными лекарствами: спрашивают также о средствах, принимаемых самостоятельно, снотворных, растительных продуктах, БАДах и энергетиках. Фиксируют название, режим приема, время начала или прекращения и изменения, замеченные пациентом.

Если название не удается вспомнить, можно посмотреть упаковку, рецепт или прежнюю медицинскую запись. «Белую таблетку» не превращают по догадке в конкретный препарат. Принимаемая доза не всегда совпадает с назначенной.

22 Результат прежнего лечения

При словах «Не помогло» выясняют, какой симптом, какая продолжительность и какой прием подразумеваются. Отдельно спрашивают об эффективности, побочных эффектах, пропусках приема, цене, трудностях с поиском лекарства и опасениях пациента. В отношении психотерапии также фиксируют метод, продолжительность, посещаемость и проблемы, которые изменились.

23 Учебная ситуация

Пациент говорит: «Три антидепрессанта не сработали». В беседе выясняется, что один он перестал принимать через неделю, второй принимал нерегулярно, а название третьего неизвестно. На основании этих данных нельзя сразу заключать, что депрессия резистентная. Собирают подтвержденные сведения о предыдущих курсах.

Даже при подозрении на связь с лекарством пациенту не говорят одновременно прекратить прием всех препаратов. Изменения следует безопасно планировать с соответствующим врачом. Задача сбора анамнеза — не самовольная отмена лечения, а предоставление точных сведений для решения.

24 Алкоголь и другие вещества

25 Конкретный вопрос без осуждения

Вместо вопроса «У вас есть вредные привычки?» об употреблении спрашивают нейтрально и конкретно: «Что вы принимаете для сна или успокоения?», «Употребляли ли вы алкоголь за последнюю неделю?». Цель — не обвинить, а понять клиническую картину и риск.

Фиксируют вид вещества, количество, частоту, время последнего приема, изменения употребления и признаки при прекращении. Уточняя «два стакана» алкоголя, спрашивают об объеме посуды и виде напитка; не подставляют предполагаемое стандартное количество.

26 Временные соотношения

Подавленность появилась до употребления, во время него или после прекращения? Сохранялась ли в периоды без вещества? Использовал ли пациент вещество для облегчения симптома или симптом возник после употребления? Эти вопросы не исключают друг друга, поскольку влияние может быть двусторонним.

Депрессию, интоксикацию, абстиненцию и вызванный веществом психоз не объединяют одной меткой «связанное с веществом настроение». Узкое значение F1x.54 из второй главы сохраняется и здесь.

27 Риск абстиненции

У человека, длительно употреблявшего много алкоголя, резкое прекращение может вызвать опасную для жизни абстиненцию. Поэтому спрашивают о тяжелой абстиненции в прошлом, судорогах, спутанности и нынешних симптомах; при необходимости организуют медицинское наблюдение. В этой главе не приводится схема самостоятельного прекращения употребления дома или «постепенного уменьшения». [3.4]

28 Учебная ситуация

Пациент говорит, что вечером пьет «для сна», а утром испытывает беспокойство. Нельзя сразу обозначать это как депрессию или только абстиненцию. Изучают историю употребления, последний прием, утренние признаки, риск и настроение в периоды без вещества. Одновременно может существовать и самостоятельное депрессивное расстройство.

Конфиденциальный и уважительный сбор сведений укрепляет доверие. Если пациент однажды отрицал употребление, вопрос не закрывают навсегда: в следующей беседе открытость может возрасти. При этом в документации отделяют прямо сообщенные сведения от предположений врача.

29 История жизни и семейный анамнез

30 Anamnesis vitae: не только перечень проблем

Учеба, труд, отношения, условия проживания, финансовые трудности и социальные связи помогают понять состояние. При оценке депрессии NICE рекомендует также рассматривать личный, социальный и средовой контекст. [3.1]

В истории жизни ищут не только травмы. Спрашивают и о способах преодоления трудностей, интересах, надежных людях, смысле и важных для пациента целях. Описание человека исключительно как совокупности факторов риска обедняет клиническую картину.

31 О травме и насилии

Перед переходом к чувствительной теме можно спросить разрешение: «Если вы сейчас готовы об этом говорить, можно я спрошу о событиях, повлиявших на ваше чувство безопасности?». Нет необходимости заставлять пациента на первом приеме рассказывать все подробности. Приоритетны нынешняя безопасность, потребность в помощи и право остановить беседу.

При подозрении на насилие подробный расспрос в присутствии сопровождающего может повысить риск. Учитывают возможность безопасного личного общения и местные процедуры защиты. Нельзя считать не сообщенную пациентом травму «обязательно существующей» или предлагать ему готовое воспоминание.

32 Семейный и наследственный анамнез

Спрашивают о депрессивном или биполярном расстройстве, психозе, проблемах с веществами, суициде и лечении у близких родственников. Различают услышанный диагноз родственника и сведения, подтвержденные медицинской документацией. Фраза «Моя мама тоже была нервной» — не конкретный диагноз.

Семейная история помогает оценить вероятность, но не определяет судьбу. Биполярное расстройство у родственника не доказывает такой же диагноз у пациента. Его собственная клиническая история по-прежнему необходима. [3.2]

33 Этапы жизни

По клинической необходимости уточняют развитие в детстве и подростковом возрасте, беременность, послеродовой период, перименопаузу или утраты в пожилом возрасте. Эти факторы не являются готовым диагнозом. У детей учитывают соответствующее возрасту общение, отдельную беседу и законные требования к согласию; сведения родителей не заменяют собственных переживаний ребенка. [3.5]

Источники информации и безопасность

34 Кто что сказал?

Пациент, близкий человек и прежние медицинские записи могут дополнять друг друга. В документации указывают источник: «со слов пациента», «по словам супруга, с которым беседовали с ее согласия», «в выписке от такой-то даты».

Если сведения различаются, не следует сразу считать одну сторону «лжецом». Могут различаться память, точка наблюдения, воспоминания о времени и состояние в тот период. Записывают, какие сведения подтверждены, а какие еще предстоит уточнить.

35 Согласие и конфиденциальность

При получении дополнительных сведений или передаче информации близким учитывают согласие пациента, его способность принимать решения и местные законодательные требования. Получение сообщения от родственника автоматически не разрешает раскрывать ему все медицинские сведения. При непосредственной опасности применяют местные экстренные и защитные процедуры.

36 Вопросы о суициде и самоповреждении

Об этом спрашивают открыто и спокойно: «Бывают ли мысли, что трудно продолжать жизнь или лучше бы не жить?», «Есть ли намерение причинить себе вред?». По ответам клинически оценивают нынешний риск, намерение, наличие плана, прежние случаи, доступ к средствам, поддержку и меры безопасности. Цель — не обучение способу причинения вреда, а обеспечение безопасности.

Шкала или обозначение «низкий/средний/высокий» не позволяют надежно предсказать будущий суицид. В руководстве по самоповреждению NICE рекомендует не использовать такие инструменты для прогноза или определения доступа к помощи. Внимание направляют на индивидуальные потребности и план безопасности. [3.6]

При непосредственной опасности пациента не оставляют одного и организуют неотложную медицинскую оценку. Наличие семьи или спокойный вид пациента не доказывают отсутствия риска. Этот краткий раздел не заменяет подробной оценки риска в главе 7.

37 На онлайн-приеме

В начале приема договариваются о том, где сейчас находится пациент, как связаться при обрыве связи и к кому можно обратиться в чрезвычайной ситуации. Уточняют, не слышат ли беседу другие. Ограничения онлайн-общения не отменяют необходимости экстренной очной помощи.

38 Рабочая форма записи анамнеза

Следующая форма составлена для книги. Это не официальная диагностическая шкала; она предназначена для проверки пропущенных разделов без превращения беседы в механическое заполнение анкеты.

1. Причина обращения и собственные слова пациента: главная жалоба, ожидаемый результат приема.

2. Нынешнее состояние: первое изменение, продолжительность, последовательность симптомов, влияние на функционирование.

3. Предшествующее течение: сходные эпизоды, восстановление между ними, сезонная или другая повторяемость.

4. Другой полюс и синдромы: вероятность гипомании/мании, психоз, тревога и другие клинически значимые состояния.

5. История лечения: лекарства и психотерапия, фактический режим приема, эффект, побочные действия, причина прекращения.

6. Медицинский анамнез: соматические и неврологические заболевания, боль, сон, репродуктивный контекст, потребность в осмотре и обследовании.

7. Лекарства и вещества: рецептурные/безрецептурные средства, БАДы, алкоголь и другие вещества; временные соотношения.

8. Жизнь и семья: развитие, отношения, условия проживания и труда, семейная психиатрическая история, ресурсы.

9. Безопасность: нынешний риск и потребности, прежние случаи, согласованные меры.

10. Источник и неопределенность: от кого получены сведения, какой документ просмотрен, что еще предстоит проверить.

11. Итог беседы: основные клинические вопросы, план дальнейшего осмотра и наблюдения.

39 Пример краткого заключения

«Со слов пациента, за последние шесть недель ухудшился сон, снизились интерес и продуктивность работы. Имеются сведения о прежнем сходном периоде, но его продолжительность неясна. Особенности предыдущего активного периода будут дополнительно оценены. Название лекарства и продолжительность приема необходимо сверить с рецептом. Нынешняя безопасность оценена отдельно, соответствующий план зафиксирован».

В этом примере отсутствующие сведения не представлены как имеющиеся. Выражения «отрицает», «не выявлено» и «не спрашивали» неравнозначны: в документации их не подменяют друг другом.

40 Три учебных случая и обсуждение

Все примеры составлены в учебных целях и не являются историями реальных пациентов. Краткие ситуации не дают достаточных сведений для окончательного диагноза.

41 Случай 1. «У меня только голова болит»

Пациент 45 лет пожаловался на головную боль и утомляемость. При дальнейших вопросах выяснилось, что уже два месяца снижен интерес и стало трудно завершать работу. Он не считал подавленность отдельной жалобой.

Обсуждение: телесную жалобу нельзя сразу называть «маской депрессии». Необходимы одновременно медицинская оценка боли, проверка опасных признаков и история сна, настроения и функционирования. У этого пациента могут существовать и медицинское, и психическое состояния. Выбор F06 или F32 без обследования был бы поспешным.

42 Случай 2. «Ни одно лекарство не помогает»

Пациент 32 лет сообщил о неэффективности прежнего лечения. При уточнении названий и временной линии выяснилось, что некоторые препараты он прекращал принимать через несколько дней, а во время одного курса сон улучшился и он вернулся к работе.

Обсуждение: нужно не отвергать вывод пациента, а понять, что он считает «помощью». Проверяют прежние дозы, регулярность, продолжительность, побочные эффекты и восстановившиеся функции. Цель — не обвинить пациента, а выявить препятствия для будущего плана.

43 Случай 3. «Это впервые»

Пациент 28 лет впервые пришел к психиатру и сказал: «Это моя первая депрессия». В беседе выяснилось, что во время учебы в университете было сходное состояние длительностью несколько месяцев, после которого наступил хороший период. Близкий человек сообщил, что еще в один период наблюдал необычную активность.

Обсуждение: первый прием не означает первого эпизода. Уточняют продолжительность обоих периодов, симптомы, влияние на функционирование, контекст веществ/лекарств и источник сведений. Ни предположение о биполярности, ни гипотезу рекуррентной депрессии не превращают без доказательств в окончательный диагноз.

44 Общий вопрос ко всем случаям

Какие сведения могут изменить диагностическое направление? Какие сведения меняют безопасность или план лечения прямо сейчас? Что можно уточнить на следующей встрече? Качество анамнеза определяется не длиной, а тем, насколько он отвечает на эти вопросы.

Выводы и источники главы 3

45 Основные выводы

Жалобу выслушивают на языке пациента, затем уточняют ее клинический смысл. Временная линия может дать больше информации, чем нынешний симптом. Отдельно проверяют прежнее повышение настроения, лечение, медицинское состояние, вещества и жизненный контекст. Источники информации и неопределенность не скрывают.

В конце беседы полезно кратко повторить услышанное и спросить пациента, правильно ли его поняли. Учитывают его мнение о следующем шаге и возможность его выполнить. В следующей главе 4 рассматривается психический статус, наблюдаемый во время приема, в отличие от анамнеза.

Источники

3.1. NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222, 1.2.6–1.2.7. Комплексная оценка и личностно-социальный контекст. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

3.2. NICE. Bipolar disorder: assessment and management. CG185, 1.3.2. Течение, эпизоды активности, семейная история и дополнительные сведения. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/recommendations

3.3. NIMH. Depression. Разделы «How is depression diagnosed?» и клинические проявления. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression

3.4. NIAAA. Alcohol Use Disorder: From Risk to Diagnosis to Recovery. Риск абстиненции. https://www.niaaa.nih.gov/health-professionals-communities/core-resource-on-alcohol/alcohol-use-disorder-risk-diagnosis-recovery

3.5. NICE. Depression in children and young people: identification and management. NG134. Семейная история и оценка с учетом возраста. https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/chapter/recommendations

3.6. NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225, раздел 1.6. Ограничения шкал риска. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations

Дата проверки: 7 ноября 2026 года. Вопросы, форма записи и случаи — учебная разработка, основанная на общих принципах оценки из источников; это не официальная шкала и не дословный перевод руководства.

4-ГЛАВА

Психический статус при депрессии

Наблюдение, исследование и точная запись состояния во время приема

Анамнез дает историю состояния человека во времени. Психический статус описывает, что наблюдалось на конкретном приеме, что сказал пациент и что выявлено при целенаправленном исследовании. Нельзя записывать вчерашнее тяжелое состояние как сегодняшнее наблюдение или отрицать вчерашний риск на основании сегодняшнего спокойствия.

Психический статус — не заполнение готового текста «норма». Он нужен для обоснования диагноза, распознавания неотложных потребностей и сравнения последующих изменений. Статус на одном приеме сам по себе не доказывает продолжительности депрессивного эпизода или всей истории заболевания.

1 Три уровня информации

- Наблюдение: «Отвечал на вопросы тихим голосом после длительной паузы».
- Сообщение пациента: говорит «Мысли не идут, внутри пусто».
- Исследование: «Ответил на вопросы о времени и месте; при задании на внимание потребовалось повторно направлять его».

Эти уровни могут совпадать или различаться. Само различие не дает оснований считать пациента ненадежным источником. На результат могут влиять утомление, язык, тревога, культурные привычки, действие лекарств и условия беседы.

2 Области оценки

Рассматривают внешний вид и поведение, контакт, речь, настроение и аффект, процесс и содержание мышления, восприятие, сознание, внимание и когнитивные функции, психомоторику, осознание своего состояния и способность оценивать решения. Это общие области психиатрического обследования. [4.1]

Следующие описание и примеры — учебный порядок, разработанный для книги, а не перевод официальной шкалы. Вместо записи «сохранено» о неисследованной области указывают, что она не оценивалась, или обозначают ограничения оценки.

3 Фиксация условий

Указывают дату, формат приема, язык беседы, сопровождающее лицо и существенные условия, например утомление или седацию. На онлайн-приеме нельзя считать отсутствующими движения или физические признаки, не попавшие в камеру. Области, которые невозможно исследовать, отмечают прямо.

4 Внешний вид, контакт и речь

5 Описание важнее оценочного ярлыка

Одежду, уход за собой, позу, зрительный контакт и участие в беседе описывают, если это клинически значимо. Вместо «Не следящий за собой человек» точнее и уважительнее написать: «Одежда загрязнена; пациент сообщил, что в последние дни стало трудно мыться».

Хорошая одежда не исключает депрессию. Редкий зрительный контакт также сам по себе не является признаком депрессии или психоза: причиной могут быть культурная привычка, застенчивость, аутизм, нарушения зрения или неудобство в беседе. Наблюдение интерпретируют с учетом клинического контекста.

6 Установление контакта

Понимает ли пациент вопрос, нужно ли ему время для ответа, может ли он поддерживать беседу? Краткие ответы нельзя автоматически записывать как «Не сотрудничает». Возможны замедление, боль, языковой барьер или еще не сформировавшееся доверие.

7 Уточнение характеристик речи

Фиксируют темп речи, громкость голоса, паузу до ответа, объем высказываний и понятность. При депрессии речь может замедляться, но так выглядит не каждый пациент. Тревожный пациент может говорить быстро и много.

Трудности подбора слов, изменение произношения и смысловые разрывы в ответах — разные признаки. При недавно возникшем нарушении речи оценивают также неврологические и другие медицинские причины; нельзя просто объяснять его депрессией.

8 Пример улучшения записи

Неопределенно: «Речь депрессивная». Точнее: «Отвечал на вопросы после паузы 5–10 секунд; голос тихий; ответы краткие, но соответствуют содержанию вопроса». Временные значения указывают лишь тогда, когда они действительно наблюдались.

Неопределенно: «Контакт плохой». Точнее: «Отвечал, когда сложный вопрос разделяли на короткие части; во второй половине беседы устал и попросил перерыв». Такая запись показывает следующему специалисту и то, какой способ общения помогал.

9 Различение настроения и аффекта

10 Внутреннее переживание и внешнее выражение

Настроение — эмоциональное состояние, описываемое пациентом; аффект — наблюдаемое во время беседы эмоциональное выражение. Они необязательно совпадают. Пациент может ощущать внутреннюю пустоту и вежливо улыбаться в беседе. [4.1]

Помимо вопроса «Какое у вас настроение?» спрашивают: «Что отличается от вашего обычного состояния?». Ответ «Плохое» может означать печаль, тревогу, злость, бесчувственность или усталость. Врач уточняет смысл у пациента.

11 Какие особенности аффекта оценивают?

Наблюдают диапазон выражения, интенсивность, изменчивость и связь с содержанием беседы. Например, описание «Диапазон аффекта ограничен, при рассказе о приятном событии наблюдалось краткое оживление» точнее, чем «Аффект отсутствует».

Слезы не являются обязательным признаком депрессии, а отсутствие слез не доказывает выздоровления. Нельзя отвергать тяжелые субъективные трудности только потому, что пациент рассмеялся во время беседы. Эмоциональное выражение связано также с культурой, индивидуальным стилем и чувством безопасности.

12 Ангедония и эмоциональное притупление

Ангедония может означать снижение удовольствия или интереса. Ее нельзя полностью определить по выражению лица: спрашивают о прежде приятных занятиях, чувствах при их ожидании и выполнении. Эмоциональное притупление может выражаться в сообщении пациента об ослаблении как положительных, так и отрицательных чувств.

Апатия, ангедония, утомляемость и психомоторное замедление могут выглядеть сходно, но не являются одним понятием. Вопрос «Нет желания начать дело, не хватает сил или даже после начала нет удовольствия?» помогает получить подробности.

13 Сохранение слов пациента

Перед записью «Настроение снижено» можно добавить краткую фразу пациента: «Все словно потеряло краски». Если внешнее выражение отличается от его рассказа, записывают оба; нельзя выбрать одно и потерять другое.

Текущее настроение — часть приема, а не весь период эпизода. Поэтому результат исследования статуса объединяют с анамнезом из главы 3.

14 Мышление: процесс и содержание

15 Как думает и о чем?

Описывая процесс мышления, наблюдают, логически ли связаны ответы, достигают ли они цели, сохраняется ли тема и каков темп. В содержании мышления исследуют такие темы, как безнадежность, вина, никчемность, руминации, обсессивные мысли или бредовые убеждения.

Длительная пауза сама по себе не означает обрыва мышления. Пациент может тратить время на понимание вопроса, подбор слова или выражение чувства. Фиксируют, в какой ситуации возникла пауза и каково содержание последующего ответа.

16 Руминация, обсессия и бред

При руминации человек может многократно негативно обдумывать одну тему. Обсессивная мысль может переживаться как нежелательная, навязчивая и тревожащая; отношение к ней и инсайт бывают различными. Оценивая бредовое убеждение, изучают его стойкость, соотношение с доказательствами, культурный контекст и другие психотические признаки.

Эти различия не устанавливаются одним вопросом. Уточнению служат вопросы «Насколько вы уверены, что эта мысль соответствует действительности?», «Возможно ли другое объяснение?», «Ощущаете ли вы ее как мысль, возникающую против вашей воли?». Вопросы задают не для того, чтобы победить пациента в споре.

17 Пример чувства вины

Фраза «Я недоволен собой, потому что накричал на ребенка» может быть реакцией на реальное событие. Стойкое убеждение «Из-за меня весь город погибнет» требует иной оценки. Но по одной необычной фразе нельзя заключать о психозе: нужны ее смысл, степень убежденности, контекст и другие признаки.

18 Содержание синдрома Котара и метафора

Образное выражение «Будто внутри все умерло» нельзя приравнивать к «бредовому убеждению в отсутствии органов». Выясняют, говорит ли пациент это как сравнение или считает буквальной истиной. Необычные телесные переживания также не становятся автоматически бредом.

При выявлении психотических симптомов необходимы специализированная оценка и соответствующий план безопасности. NICE рекомендует при психотической депрессии направлять пациента в специализированную службу психического здоровья. [4.2]

19 Восприятие, сознание, внимание и память

20 Расспрос и наблюдение восприятия

О слуховых, зрительных и других переживаниях восприятия спрашивают уважительно. Нельзя считать одним и тем же слышание голоса, внутреннюю мысль, переживание при засыпании и ошибочное толкование внешнего звука. Важно, когда и в каких условиях это происходит и как сам пациент это понимает.

То, что пациент смотрит в одну точку, не означает «есть галлюцинации». Фраза «Галлюцинаций не наблюдалось» также не доказывает полностью их отсутствия. Сообщение пациента и наблюдение в беседе записывают отдельно. Если сообщается об опасных приказах, безопасность оценивают отдельно.

21 Внимание и бодрствование

Оценивают возможность следить за беседой, удерживать вопрос и выполнять короткое задание. Учитывают язык, уровень образования, слух, зрение, утомление и действие лекарств. Фиксируют, какое задание дано и как оно выполнено.

При начавшихся в последние часы или дни колеблющихся нарушениях внимания и бодрствования следует думать о делирии. При гипоактивном делирии пациент может выглядеть тихим, сонливым и отстраненным от общения; опасно считать это просто депрес-

сивным замедлением. [4.3]

22 Ориентировка и память

По необходимости проверяют ответы, касающиеся собственной личности, места, времени и ситуации. То, что пациент назвал свое имя, не означает сохранности всех сфер ориентировки. Точно указывают оцененные области.

Жалоба «Плохая память» может быть связана с вниманием, сном, тревогой или другими состояниями. Вероятность объективного когнитивного снижения также не исключается. Недостаточно называть один низкий результат деменцией или объяснять все «депрессивной псевдодеменцией».

23 Когда требуется более широкая медицинская оценка

Новая спутанность, резкие изменения внимания, снижение бодрствования, новый неврологический признак или ухудшение физического состояния могут требовать неотложной медицинской оценки. Психиатрический диагноз автоматически не объясняет эти признаки.

Если используется результат когнитивного скрининга, указывают название теста, условия и ограничения. Неисследованную функцию нельзя обозначать в статусе как нормальную.

24 Психомоторика: не пропустить кататонию

25 Замедление и ажитация

Наблюдают уменьшение движений, ходьбу, позу, жесты и темп ответов. При замедлении учитывают также лекарственную седацию, неврологическое заболевание, боль и другие причины. Тяжесть депрессии определяется не одной скоростью движений.

При ажитации можно наблюдать беспокойное хождение, потирание рук или постоянное вставание и присаживание. Внутреннее беспокойство встречается и при лекарственной акатизии. Наряду с двигательными проявлениями спрашивают о субъективном переживании и временной линии приема лекарств.

26 Не следует называть молчание и неподвижность только «тяжелой депрессией»

При мутизме, ступоре, сохранении необычной позы, негативизме или других кататонических признаках нужна целенаправленная оценка. Кататония может сопутствовать депрессии, но не специфична только для нее. Рассматривают также медицинские и неврологические причины. [4.4]

Кататонию оценивают на основании клинического наблюдения, беседы, физикального обследования и дополнительных сведений. Необходимые исследования служат выявлению ее причин и сходных состояний; один лабораторный анализ самостоятельно не подтверждает кататонию. [4.4]

27 Когда нужны неотложные действия

При отказе от пищи и воды, лихорадке, вегетативной нестабильности, ригидности или риске физических осложнений из-за неподвижности нельзя ждать полного планового интервью. Организуют неотложную медицинскую и психиатрическую оценку. Специальные лечебные пробы при кататонии требуют подготовки и мониторинга; эта глава не является инструкцией по дозам или проведению проб дома. [4.4]

28 Учебная ситуация

Пациент почти не говорит и долго сидит неподвижно. Наблюдение «Не отвечал на вопросы» нельзя интерпретировать как «Не хочет понимать». Проверяют бодрствование, понимание, двигательные признаки, питание, действие лекарств и медицинское состояние. У близких спрашивают, когда началось изменение.

Для исключения кататонического состояния недостаточно одного факта «Пошевелил рукой». Оценивают совокупность признаков и динамику; сомнение четко отражают в документации.

29 Осознание своего состояния, воля и безопасность

30 Insight — осознание своего состояния

Признает ли пациент наличие изменений, чем их объясняет и как относится к помощи? Одна строка «Не признает болезнь» не описывает эту область полностью. Например, пациент может признавать, что работать стало трудно, но не принимать термин «депрес-

сия».

Несогласие с мнением врача само по себе не означает отсутствия инсайта или способности принимать решения. Способность к принятию решения оценивают применительно к конкретному решению и моменту, обеспечив необходимую поддержку общения. NICE подчеркивает, что эти понятия нельзя автоматически отождествлять; местные правовые нормы применяются отдельно. [4.5]

31 Воля и практическое действие

О трудностях начала, планирования и продолжения деятельности спрашивают на конкретных примерах. Ярлыки «ленивый» или «безвольный» — не клиническое описание. Пациент может хотеть действовать, но не иметь достаточно энергии или внимания.

Обсуждают решения в реальных ситуациях и понимание их последствий. Правильный ответ на один теоретический вопрос не доказывает сохранности способности суждения во всех жизненных решениях.

32 Как отражается суицидальный риск в статусе

Точно фиксируют нынешние мысли о смерти или самоповреждении, намерение, наличие плана, прежние случаи и меры безопасности. Отрицание пациентом, отсутствие вопроса и невозможность беседы — не одно и то же. Спокойный вид или хороший зрительный контакт не гарантируют безопасности.

Балл шкалы или общая категория риска не заменяют индивидуальной клинической оценки. Руководство NICE по самоповреждению рекомендует не опираться на такую классификацию для прогноза. [4.6]

При непосредственной опасности помощь не откладывают: организуют безопасное наблюдение и связь с экстренной службой. В статусе фиксируют не только «Есть риск», но и предпринятые действия и кому передано ведение пациента. Краткое изложение в этой главе не заменяет полной оценки риска из главы 7.

33 Пример записи психического статуса

Следующий случай составлен для обучения. Его нельзя копировать в готовом виде для какого-либо пациента; записывают только действительно оцененные области.

34 Наблюдение и исследование

«Очный прием на узбекском языке. Пациент самостоятельно участвовал в беседе. Одежда чистая; во время беседы туловище несколько наклонено, жестов мало. На вопросы отвечал после паузы тихим голосом, по существу. Произношение понятное. Настроение описал словами “Внутри пусто, ничто не приносит удовольствия”. Диапазон наблюдаемого аффекта ограничен; при разговоре о близком человеке отмечалось краткое оживление».

«Изложение мыслей последовательное, ответы достигали цели вопроса. Часто повторялась тема самообвинения; мог обсуждать альтернативное объяснение этой темы. В беседе не получено сведений, обосновывающих бредовое убеждение. Пациент отрицал слуховые и зрительные галлюцинации; во время беседы не наблюдалось поведения, похожего на ответ на восприятие без внешнего стимула».

«Правильно ответил на вопросы о своей личности, месте приема и дате. Сохранял внимание в беседе, в конце сообщил об усталости. Стандартный когнитивный тест не проводился; функции памяти не считаются полностью оцененными. Признает изменения своего состояния и влияние на работу, готов обсуждать варианты лечения».

35 Отдельная запись о безопасности

«При прямом вопросе отрицал нынешние суицидальные мысли и намерение. Этот ответ рассматривался как часть общей оценки риска. Прежние опасные состояния и поддержка зафиксированы в анамнезе. Согласованы порядок обращения при ухудшении и следующая встреча».

В этом примере не сделан абсолютный вывод «Суицидального риска нет». На реальном приеме положительные сведения о риске, неопределенность и фактически принятые меры записывают применительно к конкретному случаю.

36 Клиническое заключение после статуса

Нельзя смешивать наблюдение с диагнозом: вывод «Есть признаки, поддерживающие депрессивную картину» обосновывают вместе с продолжительностью, анамнезом и дифференциальной оценкой. Отдельно указывают сведения, которых недостаточно для решения о тяжести, психозе и биполярности.

37 Сравнительные случаи и проверочные вопросы

38 Случай 1. Улыбка и внутреннее страдание

Пациент улыбается в беседе и говорит «Все хорошо», а затем сообщает об утрате смысла жизни. Нельзя отрицать риск, опираясь на выражение лица. Открыто спрашивают о субъективном переживании, нынешних мыслях и намерении, анамнезе и ресурсах. В статусе сохраняют и улыбку, и смысл сказанного пациентом.

39 Случай 2. Замедление или делирий?

Пожилой пациент тихий, сонливый, быстро отвлекается от беседы. Близкие сообщают, что со вчерашнего дня он то выглядит нормально, то становится спутанным. Нельзя завершить оценку словами «Возраст, депрессия». Острое изменение и колебания внимания требуют неотложной медицинской оценки; проверяют вероятность делирия.

40 Случай 3. Вина и психотическое убеждение

Один пациент снова и снова вспоминает рабочую ошибку и сильно винит себя, но способен обсуждать иной взгляд. Другой, независимо от доказательств, твердо убежден, что его обычная мысль приведет к катастрофе во всей стране. Одно и то же слово «вина» не делает эти клинические состояния одинаковыми. Проверяют степень убежденности, контекст, другие признаки и риск.

41 Случай 4. Молчание на приеме

Пациент не отвечает на вопросы. Вместо того чтобы сразу записать «Негативизм» или «Не хочет», оценивают слух, понимание, бодрствование, двигательные признаки и медицинское состояние. У мутизма не одна причина. Если возможна кататония, проводят целенаправленное обследование и проверяют неотложные потребности.

42 Вопросы для проверки документации

- Разделил ли я свои наблюдения, слова пациента и результаты исследования?
- Не обозначил ли я автоматически неисследованную область как «сохранную»?
- Не смешал ли я настроение и аффект, процесс и содержание мышления?
- Не скрыл ли я признаки психоза, делирия или кататонии за депрессией?
- Точно ли зафиксированы безопасность и принятые меры?

Все примеры — условные учебные случаи. В следующей главе 5 подробно рассматриваются основные симптомы депрессии и их клиническое уточнение.

Источники к главе 4

4.1. First MB. Initial Psychiatric Assessment. MSD Manual Professional Edition. Области психического статуса, различие настроения и аффекта. https://www.msdmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/approach-to-the-patient-with-psychiatric-symptoms/initial-psychiatric-assessment

4.2. NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222, 1.12.1. Направление в специализированную службу при психотической депрессии. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

4.3. NICE. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. CG103, разделы 1.3–1.6. Острое изменение, флуктуации и гипоактивная картина. https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/chapter/recommendations

4.4. Rogers JP et al. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology. 2023;37(4):327–369. doi:10.1177/02698811231158232. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10101189/

4.5. NICE. Decision-making and mental capacity. NG108. Разграничение инсайта и способности принимать конкретное решение. Правовая основа этого руководства относится к Великобритании; оно не применяется вместо местного законодательства. https://www.nice.org.uk/guidance/ng108/chapter/recommendations

4.6. NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225, раздел 1.6. Ограничения шкал прогнозирования риска. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations

Дата проверки источников: 7 ноября 2026 года. Глава предназначена для клинического обучения. Примеры описаний и случаи не являются официальной шкалой и не заменяют обследования конкретного пациента, клинического решения или местных правовых требований.

5-ГЛАВА

Основные симптомы депрессии

Распознавание симптома, уточнение его значения и оценка в общей клинической картине

Перечислить признаки депрессии легко; понять, что именно изменилось у пациента, требует внимания. Жалобы «не могу спать», «нет сил» и «голова не работает» встречаются при разных клинических состояниях. Выявить симптом не означает автоматически установить его причину.

В этой главе раскрывается клиническое содержание симптомов. В следующей главе рассматриваются их объединение в синдром и степень тяжести. Сейчас наша цель не превратить слова пациента в готовый ярлык, а правильно понять и точно задокументировать их.

1 Основные и дополнительные симптомы

При оценке депрессивного эпизода по МКБ-10 центральное место занимают сниженное настроение, утрата интереса или удовольствия и снижение энергии. Вместе с другими эмоциональными, когнитивными, телесными и поведенческими симптомами они формируют клиническую картину. Полные критерии применяются согласно выбранному изданию классификации. [5.1]

Нельзя создавать новые критерии, объединяя подсчёт симптомов из МКБ-10, DSM и скринингового опросника. Помимо наличия или отсутствия каждого симптома, изучают его продолжительность, интенсивность, отличие от прежнего состояния и влияние на функционирование. NICE также подчёркивает, что оценку нельзя ограничивать лишь числом симптомов. [5.2]

2 Четыре вопроса о каждом симптоме

- Как пациент описывает это своими словами?
- Когда это началось, как долго и каким образом продолжается?
- Какие конкретные изменения это внесло в повседневную жизнь?
- Есть ли другое объяснение, связанное с психическим или соматическим состоянием, лекарствами либо психоактивными веществами?

Приведённые ниже вопросы и примеры разработаны для книги в учебных целях. Они не являются валидированной шкалой или дословным переводом официальных критериев.

3 Сниженное настроение и эмоциональная картина

4 Не только печаль

Пациент может описывать своё состояние словами «мне грустно», «на душе тяжело», «внутри ничего нет», «всё раздражает». Если искать подавленность только по плачу, можно упустить трудности некоторых пациентов. Раздражительность и эмоциональная пустота также уточняются в клинической беседе. [5.3]

Отличается ли это состояние от обычного? В какое время суток оно возникает? Меняется ли при приятных событиях? Как пациент ощущает внутреннее страдание? Эти вопросы уточняют симптом, но один ответ сам по себе не доказывает «эндогенный» или «реактивный» тип депрессии.

5 Реактивность настроения

Кратковременное оживление в ответ на хорошую новость не означает отсутствия депрессии. И наоборот, отсутствие заметной реакции само по себе не доказывает тяжесть состояния или определённую биологическую причину. Внешние проявления на одном приёме сопоставляют с переживаниями пациента на протяжении недель.

6 Тревога и раздражительность

Тревога может сопровождать депрессию, быть отдельным расстройством или быть связанной с другим состоянием. Выясняют её содержание, длительность, телесные проявления и избегающее поведение. Сам по себе факт наличия тревоги не означает F41.2.

При раздражительности также оценивают отличие от прежнего поведения пациента, сон, энергию, влияние веществ и лекарств. Особенно неправильно называть гнев или избегание общения у подростка лишь «невоспитанностью»; однако и сам этот симптом не является диагнозом депрессии.

7 Учебный пример

Пациент не плачет и приходит на приём опрятно одетым, но говорит: «Перед тем как пойти на работу, целый час заставляю себя». Сохранный внешний вид не опровергает внутренние трудности. Эмоциональный рассказ, функционирование и динамику во вре-

мени фиксируют вместе.

Сопоставляют горе, культурно обусловленные проявления траура и депрессивный эпизод. Наличие утраты не исключает эпизода; само горе не следует автоматически обозначать как заболевание.

8 Ангедония, апатия и энергия

9 Раздельно спрашивать об интересе и удовольствии

Ангедония — снижение или утрата удовольствия от деятельности, которая раньше его приносила. В клинической беседе можно отдельно уточнить интерес к деятельности, её предвкушение и чувства во время её выполнения. Эти практические подробности не являются самостоятельным диагнозом.

Вопросы «Что раньше доставляло вам удовольствие?», «Есть ли сейчас желание начать это делать?», «Если начинаете, получаете ли удовольствие от самого процесса?» дают больше информации, чем один вопрос «Нет интереса?». Важно отличать отсутствие возможности от отсутствия удовольствия: человек может не ездить отдыхать из-за нехватки денег или времени.

10 Апатия не тождественна ангедонии

При апатии может быть заметно снижение инициативы и целенаправленной активности. Пациенту трудно начать деятельность, но, начав, он может испытывать некоторое удовольствие. Другой пациент выполняет задачи, но не получает никакого удовлетворения. Если описывать обоих одной фразой «нет желания», различие теряется.

11 Снижение энергии и утомляемость

Уточняя жалобу «нет сил», различают сонливость, физическую слабость, быструю утомляемость, боль и трудности с мотивацией. Обычную усталость после работы отличают от резкого снижения возможностей по сравнению с прежним уровнем. Спрашивают и о состоянии после отдыха.

Недостаток сна, соматическое заболевание, седативный эффект лекарств или действие веществ могут вносить вклад в утомляемость. Наличие этих причин не исключает депрессию, однако без обследования нельзя приписывать ей любую усталость. [5.3]

12 Пример клинической записи

«Пациент сообщает, что ему трудно начать работу в саду, которую он раньше любил, и даже после начала он не испытывает удовольствия; за последний месяц объём работы сократился». Это точнее, чем бездоказательный биохимический вывод «у него мало дофамина». По симптому нельзя измерить индивидуальный уровень нейромедиатора.

13 Сон, аппетит, вес и сексуальный интерес

14 Разбор жалобы на сон

Отдельно спрашивают о трудностях засыпания, ночных и ранних пробуждениях, чрезмерном сне и ощущении отсутствия восстановления. Долгое пребывание в постели не означает, что человек действительно долго спит. Учитывают время сна, сменную работу, дневной сон, кофеин и другие средства.

Бессонница не является симптомом, специфичным только для депрессии. Оценивают также тревогу, боль, нарушения дыхания во сне и другие факторы. Само по себе раннее пробуждение не подтверждает меланхолическую или «эндогенную» депрессию.

Снижение потребности во сне отличается от невозможности заснуть при желании спать. Если при коротком сне отмечаются необычная бодрость и активность, проверяют биполярный контекст или связь с веществами. При этом вывод не делают на основании одной ночи.

15 Аппетит и вес

При депрессии аппетит может как снижаться, так и повышаться. Уточняют, что изменилось, как давно и есть ли объективные данные о весе. Проверяют также изменения, связанные с трудностями получения пищи, тошнотой, болью, расстройством пищевого поведения или действием лекарств. [5.3]

Фразу «я похудел» нельзя переводить в килограммы без точного измерения. При обезвоживании, отказе от еды и воды или ухудшении физического состояния безопасность и медицинские потребности оценивают раньше, чем подсчитывают симптомы.

16 Сексуальный интерес

Об изменениях сексуального желания и удовлетворения спрашивают уважительно, в комфортных для пациента условиях. Важны отношения, боль, гормональные и соматические факторы, лекарства и личный контекст. Такую жалобу не следует автоматически

считать проявлением депрессии или исключительно побочным эффектом лекарства.

Улучшение сна или аппетита — важный результат, но само по себе оно не доказывает полного восстановления настроения, способности получать удовольствие и функционирования. Симптомы могут меняться с разной скоростью.

17 Внимание, принятие решений и психомоторика

18 Когнитивные трудности

Пациент может говорить: «Не понимаю прочитанного», «Не могу принять решение», «Всё забываю». Внимание, извлечение информации из памяти, темп мышления и принятие решений — не одна и та же функция. На конкретном примере выясняют, какая задача вызывает затруднения.

Руминация может занимать внимание: садясь за работу, пациент вновь и вновь думает об одном негативном событии. У другого пациента преобладают недостаток сна или седативный эффект лекарства. При клинической оценке сопоставляют эти факторы, но не подставляют одну готовую причину под каждую когнитивную жалобу.

Новые или нарастающие когнитивные изменения нельзя списывать на депрессию и закрывать вопрос. Могут потребоваться соматическая и неврологическая дифференциальная оценка, сведения о прежнем уровне функционирования и дополнительная информация.

19 Психомоторная заторможенность

Может наблюдаться замедление речи, ответов и движений. Субъективное высказывание пациента «я медлительный» и движения, наблюдаемые врачом, фиксируют отдельно. Учитывают и влияние лекарств, боли или неврологического заболевания.

20 Ажитация

Она может сопровождаться внутренним беспокойством, постоянным вставанием и усаживанием или беспокойным хождением. Необходимо отличать её от акатизии, выраженной тревоги, действия веществ или смешанной аффективной картины. Выясняют, когда начат приём лекарства и как ощущается потребность двигаться.

21 Краткий пример

Пациент говорит: «Мысли идут медленно», но в беседе быстро говорит и беспокойно ходит. Это противоречие не устраняют как ошибку: субъективные когнитивные трудности могут сосуществовать с двигательным беспокойством. Дальнейшая оценка должна объяснить именно эти два наблюдения.

Мутизм, ступор и кататонические признаки не приравнивают к обычной заторможенности. В таких случаях вновь обращаются к целенаправленному осмотру и неотложным медицинским потребностям, описанным в главе 4.

22 Чувство никчёмности, вина и безнадёжность

23 Изменение самооценки

Пациент может огорчаться из-за конкретной ошибки или считать никчёмной всю свою личность. Высказывания «я ошибся» и «от меня нет никакой пользы» имеют разное клиническое содержание. Спрашивают также, сколько времени занимает эта мысль и как она влияет на деятельность и отношения.

Чувство вины может усиливаться несоразмерно реальному событию. Чтобы отличить убеждение бредового уровня от обычного раскаяния, оценивают его непоколебимость, отношение к доказательствам, культурный контекст и другие психотические признаки. Цель беседы не в том, чтобы «исправить» пациента спором.

24 Безнадёжность

Мысль «ничего не изменится» отражает представление пациента о будущем. Выясняют, на чём она основана, какой негативный опыт был раньше и насколько пациент сейчас способен принять помощь. Не давая ложных гарантий, врач обсуждает доступную помощь и конкретный следующий шаг.

25 Мысли о смерти и самоповреждении

Даже пассивное желание смерти, например «лучше бы я не проснулся», требует клинического внимания. Из его наличия нельзя автоматически делать вывод о ближайшем намерении действовать, но нельзя и закрывать тему словами «плана ведь нет». Отдельно оценивают текущие мысли, намерение, план, предыдущие случаи, поддержку и безопасность.

Один симптом или балл шкалы не позволяет надёжно предсказать будущий суицид. Риск оценивают индивидуально и в динамике; доступ к помощи не ставят в зависимость только от балла. При непосредственной опасности неотложную медицинскую помощь не откладывают. [5.4]

26 Учебный пример

Два пациента говорят: «От меня нет пользы». Первый способен обсуждать эту мысль с сомнением, второй высказывает твёрдое, необычное убеждение в своей виновности и опасное намерение. Одинаковая фраза не означает одинаковой тяжести или степени психоза. Наряду с содержанием мысли оценивают её форму и значение для безопасности.

27 Телесные жалобы и границы клинических выводов

28 Боль и другие телесные симптомы

Головная боль, мышечные боли, трудности пищеварения, усталость или ощущение сердцебиения могут сопровождать психические трудности. Но это не означает, что жалобы существуют «только в воображении». Оценивают медицинские причины, опасные признаки, результаты прежних обследований и текущие изменения.

Боль может способствовать депрессии, а депрессия — затруднять жизнь с болью. Такое взаимное влияние не даёт оснований отрицать одну из сторон. Диагноз депрессии не разрешает оставлять новую физическую жалобу без обследования. [5.3]

29 Не путать с соматическим синдромом

«Соматический синдром» в МКБ-10 обозначает определённый набор депрессивных симптомов. Он не является синонимом любой телесной жалобы или соматического заболевания. Поэтому нельзя делать вывод: «Болит голова, значит, есть соматический синдром». [5.1]

30 Сопутствующий симптом не равен основному диагнозу

Тревога, раздражительность, переживания, напоминающие диссоциацию, бессонница или боль дополняют клиническую картину. Выясняют, сопровождают ли они депрессию, представляют собой отдельное расстройство или служат признаком другого состояния. Нет необходимости насильно вмещать все симптомы в один диагноз.

31 Границы выводов о нейромедиаторах

Увидев ангедонию, записать «дофамин определённо снижен», а при тревоге — «мало серотонина» значит заявить больше, чем позволяют клинические данные. Нейробиологические модели помогают изучать симптомы, но обычное интервью не измеряет индивидуальное количество нейромедиатора. Выбор лечения также не решается привязкой одного симптома к одному нейромедиатору.

32 Не считать один симптом дважды

Например, жалобы «нет сил», «быстро устаю» и «заставляю себя работать» могут не быть тремя самостоятельными критериями. Оценку проводят на основе определений той классификации или шкалы, которая применяется. Клиническое описание может быть подробным, но число симптомов не увеличивают искусственно.

33 Наблюдение за симптомами в динамике

34 Уточнение ответа «мне лучше»

Общая оценка пациента важна, но необходимо выяснить, в какой области произошли изменения. Улучшился ли сон? Вернулось ли удовольствие? Уменьшились ли самообвинения? Расширились ли возможности в работе или отношениях? Результат в одной области не означает полного восстановления остальных.

Конкретные примеры, выбранные на первом приёме, сопоставляют с состоянием на следующей встрече. Ответ «Раньше не мог выйти в магазин, сейчас выхожу, но удовольствия пока нет» даёт более широкую информацию, чем простое «балл снизился».

35 Рабочая запись симптомов

Для каждого основного симптома фиксируют: слова пациента; начало и длительность; интенсивность; влияние на жизнь; альтернативные объяснения; изменения на следующем приёме. Это практическая форма записи, предлагаемая в книге, а не новая валидированная шкала.

36 Случай 1. Сон улучшился, удовольствие не восстановилось

Пациент сообщил, что спит лучше, чем раньше, но не чувствует радости, играя с детьми. Одно улучшение сна не даёт оснований говорить о полной ремиссии. Оценивают остальные симптомы и функциональное восстановление.

37 Случай 2. Чрезмерный сон и утомляемость

Пациент спит и днём, жалуется на слабость. Наряду с депрессией рассматривают режим сна, вероятность нарушений дыхания, лекарства, вещества и соматическое состояние. Сам по себе чрезмерный сон не позволяет поставить готовый диагноз «атипичная депрессия».

38 Случай 3. Беспокойство усилилось на фоне лечения

Пациент сообщает, что после начала нового лекарства усилились постоянные вставания и усаживания, а также внутреннее беспокойство. Без обследования нельзя заключить, что «депрессия усилилась» или что «это непременно акатизия». Повторно оценивают временную связь с лекарством, потребность двигаться, настроение, сон и безопасность.

Эти три примера — условные учебные случаи. Из них нельзя выводить схемы начала приёма лекарства, изменения дозы или отмены.

Выводы и источники к главе 5

39 От симптома к синдрому

Один признак не подтверждает депрессию и не объясняет полностью её причину. Основные и сопутствующие симптомы, длительность, течение и влияние на функционирование оценивают вместе. Собственные слова пациента, наблюдения врача и клиническую интерпретацию отделяют друг от друга.

В следующей, 6-й главе рассматриваются объединение симптомов в депрессивный синдром, оценка лёгкого, умеренного и тяжёлого состояния, а также причины, по которым тяжесть и риск нельзя считать одним и тем же.

40 Вопросы для самопроверки

- Как отличить отсутствие интереса, снижение удовольствия и отсутствие возможности заниматься деятельностью?
- Чем бессонница отличается от сниженной потребности во сне?
- Почему утомляемость, апатию и психомоторную заторможенность не объединяют в одно понятие?
- В каких случаях чувство вины проверяют на возможность психотического убеждения?

- Почему телесная жалоба не подтверждает автоматически соматический синдром по МКБ-10?
- Какие ещё результаты следует оценивать, даже если сон улучшился?

Источники

5.1. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva, 1993. Раздел F32. Основные симптомы и понятие соматического синдрома. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

5.2. NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222, 1.2.6–1.2.7. Комплексная оценка симптомов, длительности, течения и влияния на функционирование. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

5.3. NIMH. Depression. Signs and symptoms; diagnosis; clinical presentations. Учебный материал об эмоциональных, когнитивных и телесных симптомах. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression

5.4. NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225, раздел 1.6. Ограничения инструментов прогнозирования риска. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations

Дата проверки источников: 7 ноября 2026. Вопросы и случаи разработаны в учебных целях; они не являются полным переводом официальных критериев или указаниями по диагностике и лечению отдельного пациента.

6-ГЛАВА

Депрессивный синдром и степень тяжести

От списка симптомов к обоснованному клиническому решению

Депрессивный синдром — не простая сумма отдельных жалоб. Симптомы возникают одновременно и образуют взаимосвязанные изменения в чувствах, мышлении, движениях и повседневной жизни человека. Один пациент говорит: «Ничего не интересно», другой жалуется только на усталость. У обоих может быть депрессивный синдром, однако такой вывод делают после беседы, построения временной линии и оценки альтернативных причин.

Выявление синдрома и установление его нозологической принадлежности — разные задачи. Депрессивный синдром может наблюдаться при первом депрессивном эпизоде, рекуррентном депрессивном расстройстве, биполярном расстройстве или на фоне органического заболевания. Описание «депрессивный синдром» ещё не означает автоматически код F32. Следующий этап оценки — установить, к какой клинической истории он относится.

1 Три опоры синдромальной оценки

Первая опора — качественное изменение по сравнению с обычным состоянием пациента. Молчаливость человека, который и прежде был немногословен, не считается новым симптомом. Если раньше, даже устав после работы, он получал удовольствие от разговора с детьми, а теперь утратил и этот интерес, изменение значимо. Сравнивают не с идеальным человеком, а с прежними возможностями именно этого пациента.

Вторая опора — совпадение симптомов во времени. Бессонницу полгода назад, сегодняшнее снижение аппетита и низкую самооценку с детства нельзя считать тремя симптомами одного эпизода. Указывают, когда начался каждый симптом, насколько устойчиво симптомы сохранялись в одном периоде и сопровождали друг друга. Начало эпизода не всегда приходится на одну дату: иногда он постепенно формируется в течение нескольких недель.

Третья опора — клиническая значимость. Само посещение работы не означает полной сохранности функционирования. Пациент может работать с огромным напряжением, допускать больше ошибок и после возвращения домой не иметь сил ни на что другое. И

наоборот, потеря работы не всегда свидетельствует о тяжёлой депрессии: причиной могут быть закрытие предприятия или семейные обстоятельства. Функциональные изменения интерпретируют вместе с клинической картиной.

2 Количество, интенсивность, длительность и функционирование

Количество симптомов упорядочивает оценку, но само по себе не определяет тяжесть состояния пациента. Интенсивность — это выраженность симптома; длительность — то, как долго и в какую часть дня он сохраняется; функционирование — его влияние на жизнь. Если описывать эти четыре измерения отдельно, картина становится точнее, чем при общей формулировке «есть депрессия».

Одна и та же жалоба на бессонницу имеет разное значение: пациент несколько ночей поздно засыпал или уже неделями просыпается и днём не способен удерживать внимание? Когда он говорит «нет аппетита», снизилось удовольствие от вкуса пищи, он пропускает приёмы еды или уже под угрозой потребление воды и питание? Уточняют клинические последствия каждого симптома.

Нельзя повторно учитывать несколько выражений одного признака. «Я слабый», «быстро устаю», «трудно начать работу» могут быть проявлениями одного снижения энергии. При этом отдельную психомоторную заторможенность нельзя упускать, считая её лишь усталостью. Определения классификации и непосредственное наблюдение помогают сохранить это различие.

3 Не смешивать клинические и исследовательские критерии

Клинические описания МКБ-10 ВОЗ дают врачу определённую гибкость в общей клинической оценке. Исследовательские критерии устанавливают более чёткие границы для отбора групп по единым правилам. Поэтому некоторые требования к количеству симптомов не полностью совпадают. Фраза «так написано в МКБ» без указания используемого издания может ввести читателя в заблуждение. [6.1; 6.2]

В клиническом руководстве при лёгком эпизоде обычно предполагаются как минимум два из трёх основных симптомов и не менее двух дополнительных; при умеренном — не менее двух основных и не менее трёх, предпочтительно четырёх дополнительных; при тяжёлом — все три основных и не менее четырёх дополнительных. Также оцениваются интенсивность и общая картина. [6.1]

В исследовательских критериях требуется в общей сложности не менее четырёх симптомов для лёгкого состояния, не менее шести для умеренного и не менее восьми для тяжёлого; условия относительно основных симптомов также сохраняются. Эти числа не

заменяют клинического интервью и не разрешают объединять перечень одного издания с числовыми требованиями другого. [6.2]

Обычный порог длительности — две недели. Однако при крайне тяжёлой и быстро возникшей картине клиническое руководство допускает оценку тяжёлого эпизода и после более короткого периода. Главное: для оказания помощи по обеспечению безопасности не ждут, когда по календарю пройдут две недели. Диагностическая уверенность и потребность в помощи — отдельные вопросы.

4 Лёгкая, умеренная и тяжёлая степень: значение в жизни

При лёгком эпизоде человек может продолжать выполнять многие обязанности, но это даётся ему нелегко. Термин «лёгкий» не означает незначительности страдания, отсутствия потребности в лечении или невозможности суицидальных мыслей. Пациенту объясняют, что это классификационная степень тяжести, а не обесценивание его переживаний.

При умеренном эпизоде появляются заметные трудности в нескольких сферах жизни. Рабочие задачи могут затягиваться, домашние дела накапливаться, социальные контакты сокращаться. Пациент способен выполнять некоторые дела, но ценой большого напряжения или с помощью других. Ошибочно занижать тяжесть, опираясь лишь на внешнюю собранность.

При тяжёлом эпизоде основные и дополнительные симптомы многочисленны, интенсивны и резко ограничивают жизнь. Могут нарушаться уход за собой, питание или принятие решений. Отсутствие психотических симптомов не делает состояние безопасным. Наличие или отсутствие психоза дополнительно уточняет тяжёлый эпизод; этот вопрос раскрывается в главах 13–14.

5 Риск и тяжесть: параллельная оценка

Тяжесть эпизода и текущий риск связаны, но не тождественны. У пациента с относительно небольшим числом симптомов могут быть острое суицидальное намерение, тяжёлое семейное насилие или воздействие веществ. У другого пациента, несмотря на множество симптомов, в нынешних условиях доступны сотрудничество и надёжная помощь. Это не означает, что у второго пациента нет риска.

Поэтому в заключении нужны два отдельных положения: чем обоснована тяжесть депрессивного эпизода и какие потребности в безопасности существуют сегодня? Автоматическая связь вроде «F32.0, значит, риск низкий» неприемлема. Поскольку риск изменчив, фиксируют и план повторной оценки. [6.3]

6 Учебный пример: одинаковый балл, разные потребности

У двух условных пациентов одинаковый результат скрининга. У первого бессонница и усталость усилились из-за дежурств, но интерес и эмоциональный контакт относительно сохранены. У второго удовольствие почти исчезло, сильно выражено чувство вины и снизился уход за собой. Из одинакового балла нельзя выводить одинаковый диагноз или одинаковый уровень необходимой помощи.

И в первом случае не следует спешить исключать депрессию: изучают связь с режимом работы, сохранение симптомов вне работы и прежние эпизоды. Во втором отдельно оценивают суицидальные мысли, психоз и питание. Пример показывает не бесполезность шкалы, а необходимость придавать её результату клинический смысл.

7 Повторное описание тяжести при наблюдении

Исходное заключение может меняться на последующих встречах. Даже при восстановлении сна ангедония, безнадёжность и функциональные нарушения могут оставаться выраженными. И наоборот, хотя пациент субъективно чувствует себя плохо, могут появиться первые положительные сдвиги: выходы из дома, общение, восстановление распорядка дня. Эти изменения следует описывать, не противопоставляя их друг другу.

При повторной оценке прежние сведения не удаляют: указывают дату, текущие симптомы, функционирование, риск и ответ на лечение. Уменьшение тяжести не служит основанием для внезапного прекращения лечения. Устойчивое восстановление, остаточные симптомы и риск рецидива отдельно рассматриваются в последующих главах.

8 Практический порядок оценки тяжести

Сначала определяют обычное состояние пациента. Затем симптомы текущего эпизода размещают на временной линии. На третьем шаге интенсивность каждого симптома раскрывают на конкретном примере. На четвёртом оценивают сферы функционирования. На пятом отдельно проверяют психоз и риск. Лишь после этого делают общее заключение о тяжести. Хотя этот порядок напоминает алгоритм, он не сводится к механическому подсчёту: на каждом этапе нужна клиническая интерпретация.

Говоря о функционировании, учитывают и условия жизни пациента. Человек, за которого близкий выполняет все домашние дела, может выглядеть самостоятельным. Пациент без помощи даже при относительно меньшем числе симптомов сталкивается с серьёзными бытовыми трудностями. Поэтому наряду с вопросом «Что выполняется?» спрашивают: «С чьей помощью и ценой какого напряжения?». Наличие помощи может скрывать тяжесть заболевания, а её отсутствие — усиливать последствия.

9 Почему важна скорость изменений?

Текущие симптомы двух пациентов могут быть похожи, но у одного они постепенно нарастали два месяца, а у другого резко появились за несколько дней. При быстрых изменениях больше внимания уделяют возможной связи с веществами, лекарствами, соматическим заболеванием, психозом, смешанным аффективным состоянием или острым стрессом. Это не означает, что любое быстро возникшее состояние органическое; лишь расширяется направление оценки.

Сведения о недавнем состоянии пациента особенно важны, если он не может подробно описать себя. Если близкий говорит: «Ещё три дня назад разговаривал, а сегодня не отвечает», не следует спешить считать это обычной динамикой депрессии. Повторно проверяют клиническое и физическое состояние. Критерий длительности служит упорядочению диагностики, а не отсрочке помощи.

10 Учёт культуры и способа выражения

Некоторые пациенты не говорят «я подавлен», а используют выражения «сердце сжимается», «душа ни к чему не лежит», «тяжесть внутри» или «голова не работает». Каждое из них может означать разные переживания. Врач не переводит их на язык собственных представлений, а спрашивает пациента об их смысле. Например, «душа не лежит» может означать утрату удовольствия, печаль, усталость или нежелание заниматься конкретным делом.

Богатство выражения также не является мерой тяжести. Кто-то описывает своё страдание очень впечатляюще, другой отвечает кратко. Длинный рассказ не делает лёгкое состояние тяжёлым, а краткий ответ не делает тяжёлую болезнь лёгкой. Специалист старается увидеть за манерой речи симптомы, функционирование и риск. Если нужен переводчик, уделяют внимание конфиденциальности и сохранению клинического смысла.

11 Пять распространённых ошибок клинической оценки

Первая ошибка — доверять внешнему виду. Опрятная одежда, улыбка или своевременный приход на приём не исключают депрессии. Вторая — оценивать по числу выполненных дел: даже если пациент делает много, его внутреннее напряжение и снижение качества могут оставаться незаметными. Третья — приравнивать один выраженный симптом к общей тяжести. Например, при сильной бессоннице проверяют её причину и другие признаки.

Четвёртая ошибка — делать суицидальные мысли единственным критерием тяжести. Такие мысли требуют отдельной оценки риска, но код определяется всей депрессивной картиной. Пятая — не менять прежний диагноз. Состояние, первоначально оценённое

как лёгкое, позже может утяжелиться или получить иное объяснение с появлением новых данных. Обновлённое заключение не всегда означает ошибочность прежней работы; оно может быть признаком динамического клинического мышления.

12 Второй учебный пример: скрытая цена функционирования

Условный предприниматель пришёл на приём с жалобой «только на усталость». Он говорит, что продолжает вести бизнес. При уточняющих вопросах выяснилось, что решения принимает партнёр, встречи он отменяет, а дома большую часть дня проводит лёжа. Название его деятельности и доход создали неверное представление о функционировании. Раздельная оценка симптомов и функциональных сфер раскрыла эту маскировку.

Эти сведения сами по себе не определяют готовую степень тяжести. Снова оценивают настроение, ангедонию, энергию, сон, содержание мыслей, психомоторное состояние и длительность. Выясняют возможную биполярность, влияние веществ и соматических факторов. Тогда в заключении вместо «у него есть бизнес» появляется клинически точная формулировка: «Способность самостоятельно принимать привычные решения и повседневная активность существенно снизились». Пример показывает, почему нельзя подменять симптомы социальным статусом.

13 Содержание листа наблюдения

Вместо нового длинного рассказа на каждом приёме врач может кратко сопоставлять одни и те же основные сферы: текущие симптомы, сон и питание, активность, психоз, риск, соблюдение лечения и личную оценку пациента. Повторное освещение одинаковых сфер показывает динамику. Однако автоматически копировать прежнюю запись нельзя: каждое сведение должно быть проверено на текущем приёме.

При наблюдении оценки пациента и врача могут расходиться. Пациент говорит: «Ничего не изменилось», а близкий сообщает, что он снова начал нормально питаться. В таком противоречии не обязательно объявлять одну сторону неправой. Субъективное страдание могло сохраниться, а отдельные функции объективно улучшиться. Если заключение учитывает оба аспекта, план лечения становится точнее.

14 Клинические вопросы для самопроверки

Если у одного пациента пять симптомов, а у другого семь, обязательно ли состояние второго тяжелее? Нет: нужно знать, по каким критериям подсчитаны симптомы, каковы их интенсивность, длительность и влияние на функционирование. Исключаем ли мы

тяжёлую депрессию, если пациент улыбается? Нет: один момент не отражает весь эпизод. Может ли при лёгком эпизоде потребоваться план безопасности? Да, в зависимости от текущего риска и обстоятельств.

Цель этих вопросов — не множить исключения, а не допускать сведения клинического мышления к одному измерению. Правила классификации необходимы, но к состоянию человека их применяют на основе данных. Задача специалиста — не обходить правило и не применять его механически, а превращать его в обоснованную клиническую оценку.

15 Как говорить о тяжести состояния?

Объясняя пациенту степень тяжести, вместе с термином сообщают его клиническое обоснование. После слов «у вас умеренный эпизод» кратко поясняют, какие симптомы и повседневные трудности привели к этому выводу. Это даёт пациенту возможность задавать вопросы и уточнять описание своего опыта. Термин становится не приговором врача, а совместно понимаемым клиническим описанием.

Надежда в разговоре о тяжести также должна быть реалистичной. Следует избегать категоричных выводов вроде «это лёгкое, само пройдёт» или «это тяжёлое, теперь всё очень сложно». Рассказывают о вариантах лечения, наблюдении и возможности повторно оценивать изменения. Серьёзное отношение к переживаниям пациента сочетают с уверенностью в возможности лечения.

Такая же точность нужна при информировании семьи. Термин «лёгкий» не даёт оснований отказывать в помощи, а термин «тяжёлый» — лишать пациента права на все решения. Помощь соответствует его реальным потребностям и возможностям. Классификация служит уточнению клинической помощи, а не распределению людей по категориям.

16 Практические выводы главы

При оценке депрессивного синдрома вопрос «сколько симптомов?» дополняют вопросами «какие симптомы, насколько выражены, как долго продолжаются и как изменили жизнь?». Точно указывают издание классификации. Тяжесть, психоз, функционирование и риск не смешивают в одной фразе. Код не заменяет клинического мышления; он кратко выражает обоснованное заключение.

Источники

[6.1] World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. Раздел F32. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[6.2] World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. 1993. Раздел F32. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[6.3] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. Оценка и планирование лечения. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

7-ГЛАВА

Суицидальный риск и неотложная оценка

Превращать оценку риска не в число, а в практический план помощи

При работе с депрессией вопросы о суициде не являются дополнительной или последней задачей. Безопасность пациента входит в клиническую оценку уже с первой встречи. Вместе с тем автоматически приравнивать любую депрессию к суициду также неправильно. Цель — не напугать пациента, а создать условия, в которых он сможет открыто рассказать о своих переживаниях, и понять его конкретные потребности.

Эта глава — учебное руководство для специалиста. Она не является инструментом дистанционного признания конкретного пациента безопасным. При выявлении острого риска действуют согласно местному порядку оказания неотложной помощи, протоколу учреждения и действующим правовым требованиям. Завершение кодирования диагноза или подсчёт баллов шкалы не должны задерживать меры безопасности.

1 Как начать беседу?

Причину вопроса объясняют пациенту простыми словами: «При сильной подавленности некоторым людям кажется, что жить трудно или незачем. Возникают ли у вас такие мысли?». Затем в зависимости от ответа задают прямые вопросы без осуждения. Такую беседу не следует продолжать упрёками, выражением изумления или нравоучениями.

Наводящий вопрос «Вы ведь не думаете о таких вещах?» подталкивает пациента к отрицанию. А слова «Разве нельзя подумать о детях?» могут усилить чувство вины. Отношения, которые связывают пациента с жизнью, важны, но их нельзя превращать в средство пристыдить его.

Границы конфиденциальности также объясняют заранее: обычно сообщённые сведения сохраняются в тайне, однако при непосредственной серьёзной опасности для обеспечения безопасности могут быть привлечены необходимые лица или службы. Это не даёт права скрытно от пациента распространять все сведения о нём. Обмениваются необходимой информацией, соразмерно ситуации и согласно местному порядку.

2 Различать мысли, намерение и действия

Пассивные мысли о смерти, такие как усталость от жизни или желание не проснуться, также требуют внимания. При активных суицидальных мыслях человек думает о прекращении собственной жизни. Намерение — степень готовности или решимости совершить такое действие; план отражает конкретизацию мысли. Это не строгая последовательность ступеней: состояние может быстро меняться.

Врач оценивает, когда появились мысли, как часто они возникают и как долго длятся, можно ли их остановить, имеются ли текущее намерение и подготовка. О доступе к опасным средствам спрашивают с точки зрения безопасности, но в беседе не приводят деталей, обучающих способу. Прежние попытки, недавнее самоповреждение и обстоятельства спасения также имеют клиническое значение. [7.1]

Не каждый случай самоповреждения связан с суицидальным намерением. Однако отсутствие намерения не устраняет последующий риск. Отдельно оценивают цель пациента в тот момент, его нынешнее состояние, физическое повреждение и обстоятельства повторения. Ярлык «сделал ради внимания» не является основанием уменьшать помощь.

3 Обстоятельства, способные усиливать риск

В беседе отдельно изучают острую безнадёжность, невыносимую душевную боль, резкую ажитацию, тяжёлую бессонницу, психотические переживания, опьянение или отмену вещества, недавнюю утрату и социальную изоляцию. Прежняя суицидальная попытка — важное анамнестическое сведение. Но наличие одного фактора не позволяет точно предсказать исход.

Семейное насилие, унижение, долги, правовые проблемы или потеря работы могут влиять на то, как пациент видит будущее. Недостаточно обобщить такие сведения словами «есть стресс». Уточняют, какая ситуация обострилась сегодня, чего пациент боится и какая помощь уменьшит её тяжесть.

При психозе угрожающие или приказывающие голоса, непоколебимые убеждения о виновности или катастрофе меняют картину риска. Врач оценивает отношение пациента к этим переживаниям и вероятность того, что он будет действовать под их влиянием. Психотическое содержание нельзя оставлять на уровне простой «плохой мысли».

4 Для чего нужны защитные факторы?

Связь с близким человеком, ответственность за детей, личные ценности, планы на будущее, способность просить о помощи и сотрудничество в лечении — важные ресурсы для организации безопасности. Но из одного факта «есть семья» или «религиозен» нельзя

заключать, что риска нет. Проверяют, действительно ли защитный фактор работает сейчас.

Например, у пациента есть семья, но он может находиться с ней в тяжёлом конфликте. В телефоне много знакомых, однако он не может назвать ни одного надёжного человека, которому позвонил бы в трудную минуту. И наоборот, заранее согласованная связь с одним надёжным близким может стать практической поддержкой.

5 Не шкала, а клиническая формулировка риска

NICE рекомендует после самоповреждения не использовать шкалы для прогнозирования будущего суицида, определения помощи или решения о выписке. Общие категории «низкий, средний, высокий» также не должны заменять подробную психосоциальную оценку. [7.2]

В формулировке объединяются четыре компонента: долговременные уязвимости, текущая ситуация, усиливающая риск, имеющиеся ресурсы и события, способные изменить ситуацию в ближайшее время. Например, сегодня пациент сотрудничает, но завтра может остаться один или столкнуться с важным судебным разбирательством. Если не включить эти сведения в план, сегодняшней беседы будет недостаточно.

Формулировка риска — не прогноз того, «что точно произойдёт». Это обоснованный клинический ответ на вопросы: «Что сейчас вызывает тревогу, что мы можем изменить и как будем наблюдать?». Открытое отражение неопределённости в записи является признаком качества.

6 Когда нужны неотложные действия?

Текущее активное намерение, подготовка, неспособность обеспечить собственную безопасность, тяжёлый психоз или интоксикация, нарушающая сознание либо контроль поведения, могут требовать неотложной оценки специалистом. При недавней попытке или физическом повреждении не откладывают и соматическую помощь. План наблюдения и транспортировки должен соответствовать реальным потребностям пациента.

При непосредственной опасности неправильно просто отправить пациента одного со словами «идите домой, отдохните». Организуют безопасную среду, участие ответственного сотрудника, при необходимости близкого человека и прямую связь с соответствующей службой. «Выдано направление» и «обеспечено получение помощи» — не одинаковые результаты.

При онлайн-приёме врачу важно знать текущее местонахождение пациента и при необходимости способ вызова местной помощи. Возможный обрыв связи учитывают заранее. Если онлайн-формат не соответствует клиническому риску, составляют план перехода к

неотложной очной оценке; не дают необоснованных обещаний контролировать ситуацию дистанционно.

7 Совместный план безопасности

План безопасности составляют с пациентом в понятной и выполнимой форме. Он включает распознавание личных предупреждающих признаков, безопасные действия, помогающие успокоиться, людей для отвлечения и поддержки, связь со специалистом и порядок обращения за неотложной помощью при необходимости. Также согласуют ограничение доступа к опасным средствам. [7.1; 7.2]

Это не обещание или подпись под словами «я не причиню себе вреда». Обещание не гарантирует последующего состояния пациента и не отменяет ответственности врача. План составляют на понятном пациенту языке и хранят в легкодоступном месте; проверяют, действительно ли указанные в нём люди могут выйти на связь.

8 Учебный пример и документирование

Условный пациент говорит: «Сейчас у меня нет намерения», однако вчера в состоянии сильного опьянения нанёс себе повреждения, а сегодня собирается один идти домой. Вывод не делают только на основании текущего отрицания. Совместно оценивают вчерашнее событие, опьянение, вероятность повторного употребления алкоголя, возможности близкого человека и физическое состояние. Организация необходимой помощи нужна не для того, чтобы поставить отрицание под сомнение, а чтобы учесть изменчивость ситуации.

В записи отражают важные слова пациента, текущие мысли и намерение, прежние действия, психоз и вещества, ресурсы, причины принятого решения, с кем оно согласовано, и план дальнейшего контакта. Два слова «суицида нет» не отражают полноценной оценки. Вместе с тем не нужно собирать избыточные личные подробности, не относящиеся к задаче.

9 Заканчивается ли беседа, если пациент отрицает мысли?

Отрицание суицидальных мыслей — важная информация, но оно не заменяет всю оценку. У пациента действительно может не быть таких мыслей; иногда же он не способен говорить открыто из-за стыда, страха, недоверия или опасения недобровольной госпитализации. Специалист не принимает отрицание автоматически ни за ложь, ни за абсолютную гарантию. Качество беседы, клиническое состояние и другие сведения рассматривают вместе.

Если слова пациента расходятся с недавними действиями, это обсуждают без обвинений: «Я услышал, что сейчас таких мыслей нет. Но вчерашнее событие вызывает тревогу; давайте поймём, что тогда произошло». Такой подход уважает нынешние слова пациента и не упускает важную информацию о прошлом. Превращение беседы в допрос может снижать доверие.

10 Временной горизонт и ожидаемые изменения

Оценка риска привязана к дате и ситуации. Пациент, рядом с которым на приёме находится близкий, вечером может остаться один. В ближайшие дни возможны увольнение, разрыв отношений, суд, послеродовая бессонница или риск возврата к употреблению веществ. Специалист не предсказывает будущее, но может включить заранее известную трудную ситуацию в план.

Время повторного контакта назначают в соответствии с этой потребностью. Вместо одинакового длительного интервала для всех учитывают скорость клинических изменений и доступность поддержки. Порядок действий при неявке на назначенную встречу может быть определён правилами учреждения и соглашением с пациентом. Это нужно не для контроля, а для сохранения непрерывности помощи.

11 Проверка выполнимости плана безопасности

Записанный на бумаге план может оказаться непрактичным. Если пациент говорит «позвоню близкому», полезно спросить, ответит ли этот человек ночью, что можно ему сказать и каким будет следующий шаг, если он не ответит. Каждое звено плана должно соответствовать реальной жизни пациента. Ограниченный доступ к интернету или телефону также учитывают.

Слишком большое число задач может запутать пациента в тяжёлом состоянии. Сначала согласуют несколько ясных и выполнимых шагов. Например, распознать собственный предупреждающий признак, перейти в безопасное место и связаться с определённым человеком. Это части индивидуального плана, а не универсальный рецепт. При острой непосредственной опасности самостоятельный план не заменяет неотложной профессиональной помощи.

12 Осторожность при привлечении близких

Семья не всегда является безопасным ресурсом. Если риск связан с семейным насилием или угрозами, автоматический выбор именно этого человека в качестве «защитника» может ухудшить ситуацию. Пациента спрашивают, кому он доверяет и с кем безопасно де-

литься информацией. Учитывают согласие пациента и местные правовые ограничения.

Даже при привлечении надёжного близкого его задачу объясняют чётко. Он не заменяет специалиста, не должен постоянно допрашивать или наказывать пациента. У него тоже есть пределы возможностей, работа, здоровье и обязанности. Вместо построения плана помощи на бесконечном наблюдении одного человека важно связать его с профессиональными службами и другими ресурсами.

13 Опьянение и достоверность беседы

При алкогольном опьянении или другой интоксикации мышление, память и способность пациента принимать решения могут быть изменены. В этот момент на первый план выходят физическая опасность и немедленное обеспечение безопасности. Неправильно отправлять пациента одного, откладывая оценку до тех пор, «пока протрезвеет и придёт». Наблюдение и необходимую помощь организуют в условиях, соответствующих медицинским потребностям.

После стабилизации состояния беседу проводят повторно. Даже если суицидальные мысли, высказанные в опьянении, позже исчезли, событие не удаляют из клинической истории. Оценивают повторное употребление, импульсивность, социальные трудности и прежние эпизоды. Воздействие вещества может быть причиной риска, но не делает его незначительным.

14 Переходы между этапами помощи после приёма

При переходе из одной службы в другую информация может теряться: из неотложного приёма в амбулаторное наблюдение, из стационара домой или от одного специалиста к другому. Должно быть ясно, какой специалист отвечает за дальнейшую помощь, когда состоится приём, как пациент туда доберётся и к кому обратится при ухудшении. Эти практические сведения являются важной частью клинического заключения.

Выдача направления на руки не означает, что пациент получил помощь. Ему могут мешать транспортные трудности, нехватка средств, страх или сложности записи на приём. В пределах своих полномочий специалист выявляет эти препятствия и облегчает доступ к службе. План безопасности работает лишь тогда, когда связан с реальной возможностью получить помощь.

15 Второй учебный пример: ресурс есть, но не работает

У условного пациента большая семья, поэтому поначалу поддержка кажется достаточной. В беседе выяснилось, что он никому не рассказывает о своей проблеме, дома боится критики и в трудную минуту ему некуда пойти. Значит, факт «есть семья» не является

практическим источником защиты. Вместе ищут другого надёжного человека и путь к профессиональной помощи.

В такой ситуации не обязательно заставлять пациента сообщать семье все сведения. Вопрос обмена информацией, необходимой для безопасности, решают в соответствии с конкретной ситуацией и правовым порядком. Задача специалиста — не оставлять пациента в опасности ради сохранения тайны и не нарушать конфиденциальность без оснований. Соразмерное решение и его причины документируют.

16 Самопроверка специалиста

После оценки риска врач может спросить себя: прямо ли я спросил о текущем намерении пациента или ограничился общим вопросом о настроении? Не построил ли решение на одном балле или одном защитном факторе? Соответствует ли план языку и возможностям пациента? Ясно ли, кто предоставит дальнейшую помощь? Эти вопросы нужны не для усиления страха, а для проверки качества работы.

Ни одна оценка не даёт абсолютных гарантий на будущее. Поэтому вместо переноса ответственности на обещание пациента или шкалу сохраняют клиническое суждение, сотрудничество и повторную оценку. В условиях неопределённости консультация опытного коллеги и обращение к протоколу учреждения — не профессиональная слабость, а часть безопасной практики.

17 Важное различие в краткой записи

Фраза «пациент отрицает суицид» сохраняет лишь часть информации. А запись «Сегодня отрицал активное намерение; ввиду недавнего самоповреждения, опьянения и предстоящего пребывания в одиночестве организованы дополнительная оценка и план безопасности» показывает и клиническую логику. Это условный пример, а не готовые сведения о пациенте.

В документе не нужно множить ненужные технические подробности опасных способов. Достаточно ясно отражают сведения, влияющие на решение о помощи, намерение пациента, доступ к средствам и принятые меры безопасности. Цель — не впечатляюще рассказать о событии, а помочь следующему специалисту действовать правильно.

Если в конце беседы пациент может изложить план своими словами, это позволяет проверить понимание. Но и это не гарантия на будущее; необходимые наблюдение и связь со службой помощи сохраняют. Безопасность — не разовая рекомендация, а непрерывный процесс, соответствующий меняющимся потребностям.

18 Практические выводы главы

Результат оценки суицидального риска — не число и не успокаивающий ярлык, а помощь, отвечающая текущим потребностям пациента. Правильные вопросы, неосуждающее отношение, ясная формулировка риска, совместный план безопасности и работающее наблюдение образуют единую цепь. Каждое новое клиническое изменение может стать поводом пересмотреть её.

Источники

[7.1] National Institute of Mental Health. Adult Outpatient Brief Suicide Safety Assessment Guide. https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials/adult-outpatient/adult-outpatient-brief-suicide-safety-assessment-guide

[7.2] NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225. Психосоциальная оценка, шкалы риска и план безопасности. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations

[7.3] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. Risk assessment and management. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

8-ГЛАВА

Шкалы и измерение результатов лечения

Использовать числа, но не превращать пациента в число

Клиническая беседа — основа понимания депрессии. Шкала помогает в одинаковом порядке спрашивать об определённых симптомах и наблюдать изменения со временем. Она дополняет более точными данными запомнившиеся впечатления «было лучше» или «кажется, стало хуже». Но измерительный инструмент — не сам диагноз.

Перед выбором шкалы определяют цель. Выявляем ли мы вероятность депрессии в популяции или на приёме? Наблюдаем ли за тяжестью симптомов у пациента с уже установленным диагнозом? Или нужен стандартный результат для исследования? Инструмент, подходящий для одной цели, не становится автоматически пригодным для другой.

1 Скрининг, диагностика и мониторинг

Скрининг отвечает на вопрос: «Нужна ли этому человеку подробная оценка?». Положительный результат не означает, что заболевание точно доказано; отрицательный также не прекращает беседу, если есть клинические основания для беспокойства. Распространённость заболевания в популяции, язык, условия и выбранная пороговая точка меняют смысл результата.

При диагностике наряду с симптомами изучают длительность, функционирование, историю эпизодов, гипоманию или манию, вещества, органические причины и дифференциальный диагноз. Краткий опросник не содержит всех этих сведений. Поэтому нельзя создавать автоматическое правило «PHQ-9 высокий, значит, F32.2».

При мониторинге повторное применение одного инструмента помогает увидеть изменения. При этом рассматривают не только общий балл, но и то, какие симптомы улучшились или сохраняются. Даже если аппетит и сон улучшились, сохраняющиеся безнадёжность или самообвинения важны для планирования дальнейшего лечения.

2 PHQ-9: краткий инструмент, заполняемый пациентом

PHQ-9 состоит из девяти пунктов и оценивает частоту симптомов за последние две недели. Каждый пункт оценивается от 0 до 3, общий результат — от 0 до 27. Широко используемые описательные пороги составляют 5, 10, 15 и 20 баллов. Они служат для

скрининга и описания симптомной нагрузки, но не заменяют готовым образом коды тяжести МКБ-10. [8.1]

При заполнении важно, кто читал вопросы, отвечал ли пациент самостоятельно или получал помощь. Грамотность, нарушения зрения, понимание языка и конфиденциальная обстановка влияют на результат. Ответы близкого вместо пациента меняют смысл самооценки; это обстоятельство указывают в документации.

Положительный ответ на пункт о смерти или самоповреждении требует отдельной беседы. Балл этого пункта не даёт полной информации о суицидальном намерении и плане. И наоборот, даже при нуле по этому пункту нужна дополнительная оценка, если в клинической беседе выявляются признаки риска. Шкала не заменяет беседу о безопасности.

3 HAM-D: оценка клинициста и вопрос версии

Hamilton Depression Rating Scale разработана для оценки депрессивных симптомов клиницистом. В практике распространена форма из 17 пунктов, но существуют и расширенные варианты. Поэтому запись «HAM-D 18 баллов» понятнее, если указаны использованная версия и способ интервью. [8.2]

Пороги тяжести из разных форм и руководств нельзя подменять друг другом. Если один оценщик подробно расспрашивает о нарушениях сна, а другой выставляет балл по общему впечатлению, различие может отражать метод оценщика, а не изменение состояния пациента. Важны обучение, чёткие правила и при необходимости контроль согласованности оценок разных специалистов.

Поскольку в HAM-D представлены отдельные телесные симптомы и нарушения сна, соматические заболевания, действие лекарств и возрастные особенности интерпретируют в контексте. Неправильно как самовольно исключать симптом вопреки правилам шкалы, так и полностью игнорировать его причину. Клинический комментарий записывают отдельно от балла.

4 MADRS: оценка, ориентированная на выявление изменений

Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale состоит из десяти пунктов; каждый оценивается от 0 до 6, общий максимум — 60. Она разработана для выявления изменений депрессивных симптомов в процессе лечения. Высказывания пациента и наблюдения клинициста объединяют согласно руководству. [8.3]

Результат MADRS не охватывает все жизненные сферы пациента. Дополнительно следует спрашивать о социальном функционировании, отношениях, возвращении к работе, побочных эффектах и удовлетворённости лечением. Уменьшение симптомов и восста-

новление жизни могут происходить не одновременно; эти результаты дополняют друг друга.

Нельзя использовать пункты шкалы для давления на пациента с целью получить «правильный» ответ. Ожидание «раньше было 4, теперь должно быть 2» искажает оценку. Даже желая увидеть эффективность собственного лечения, оценщик должен оставаться открытым к данным.

5 EPDS: особая задача в перинатальном периоде

Edinburgh Postnatal Depression Scale — опросник из десяти пунктов, охватывающий последние семь дней и дающий результат от 0 до 30. Он применяется для выявления перинатальных депрессивных симптомов; на практике используется и во время беременности. Конкретный порог зависит от цели, популяции и валидированной языковой версии. [8.4]

Высокий результат EPDS не означает автоматически F53.0. У пациентки могут быть депрессивный эпизод, тревога, биполярное расстройство или другое состояние. Опасно ограничиваться обычным результатом скрининга у женщины с признаками послеродового психоза или мании. Отдельно изучают историю симптомов, потребность во сне, энергию, психоз и способность заботиться о младенце.

Пациентке объясняют, что шкала не определяет, «хорошая или плохая она мать». Иначе она может скрывать симптомы из страха критики или разлучения с ребёнком. Неосуждающее общение повышает и достоверность числового результата, и готовность принять помощь.

6 Язык, перевод и право использования

Обычный перевод и валидированный перевод — не одно и то же. Даже если словарное значение передано правильно, пациент может понять его иначе. Например, «усталость», «слабость» и «отсутствие сил» в местной речи могут пересекаться. Поэтому уточняют языковую версию, популяцию, в которой она проверена, и правила применения.

Вопрос на узбекском языке, составленный для книги, может быть учебным примером, но его не представляют как проверенную шкалу. Нельзя изменить текст, варианты ответов или временной интервал и сохранить прежние показатели валидности. Указывают первоисточник, версию и автора перевода.

Для каждого инструмента отдельно проверяют действующие условия лицензирования и распространения. Условия для исходной шкалы, конкретного перевода, электронной формы и использования в коммерческом продукте могут различаться. В этой главе пол-

ные опросники не перепечатываются; краткое описание не является разрешением применять их без официальной формы.

7 Сделать результат значимым для пациента

Недостаточно определить цель лечения только как «снизить балл». Для пациента могут быть важны подъём по утрам, прогулка с ребёнком, возвращение на работу или приготовление еды. Если в начале согласовать две-три личные функциональные цели, изменения симптомов будут связаны с повседневной жизнью.

Во многих исследованиях ответ на лечение выражают снижением исходного балла не менее чем наполовину. Однако снижение с 30 до 15 и с 12 до 6 — не одно и то же текущее состояние. Ремиссия может оцениваться по порогу низкой выраженности симптомов, установленному для выбранного инструмента и протокола; это не означает полного восстановления всех функций. Критерий чётко фиксируют заранее.

Необходимость заполнять шкалу на каждом приёме зависит от индивидуального плана работы. Интервал повторения согласуют с этапом лечения и клинической потребностью. Однако при изменении риска беседу и оценку безопасности проводят, не дожидаясь запланированной даты заполнения шкалы.

8 Учебный пример: балл снизился, проблема осталась

Общий результат условного пациента снизился благодаря улучшению сна и аппетита. Но он говорит: «Я всё ещё не нахожу смысла в жизни» и не вернулся к работе. Нельзя закрывать этот вопрос общей фразой «стало гораздо лучше, продолжаем». Повторно проводят отдельную оценку суицидального риска, остаточных симптомов и функциональных препятствий.

В другом случае балл не изменился, но пациент снова начал выходить из дома два раза в неделю и общаться с близким. Это не опровергает клинического улучшения. Обсуждают, какие симптомы обусловливают неизменность балла, побочные эффекты и личную цель пациента.

9 Измерение в одинаковых условиях

Для сравнения повторных результатов по возможности сохраняют одинаковые версию, язык и метод оценки. Если на первом приёме пациент заполнял шкалу самостоятельно, а в следующий раз вместо него отвечал родственник, часть изменения может быть связана с методом. Торопливые ответы по телефону и беседа в спокойной комнате также проходят в разных условиях. Существенные различия указывают в записи.

Время измерения тоже имеет значение. Если шкала охватывает последние две недели, её ежедневное заполнение повторно оценивает перекрывающиеся периоды. Это нельзя интерпретировать как независимый новый результат каждого дня. Для наблюдения за ежедневным состоянием пациента можно выбрать другой простой дневниковый инструмент, но его не смешивают с официальной шкалой.

10 Пропущенный ответ и ошибки подсчёта

Если пациент оставил один пункт незаполненным, его нельзя автоматически считать нулём. Ноль означает отсутствие симптома, пустой ответ — отсутствие данных. Правило подсчёта проверяют в руководстве конкретного инструмента; избегают произвольной подстановки среднего значения или предположительного общего результата. Сначала уточняют, понял ли пациент вопрос и хочет ли отвечать.

В электронных системах тоже возможны ошибки: пункт с обратной оценкой может рассчитываться неправильно, диапазон ответов измениться или один пункт учитываться дважды. Если шкалу включают в сайт или бот, логику подсчёта необходимо протестировать. Красивый дизайн не гарантирует валидности; клинический смысл, права использования и техническую корректность проверяют вместе.

11 Как понимать ответ на лечение в процентах?

В условном примере балл одного пациента снизился с 24 до 12, другого — с 10 до 5. У обоих относительное снижение составляет половину, но оставшаяся симптомная нагрузка неодинакова. Поэтому фраза «улучшилось на 50 процентов» не полностью описывает текущее состояние. Вместе приводят исходный и конечный баллы, временной интервал и клинические изменения.

При низком исходном результате небольшая абсолютная разница может выглядеть большим процентом. При высоком исходном результате значимые симптомы могут сохраняться, несмотря на большое снижение. Процент — инструмент описания ответа на лечение, а не заключение о полном восстановлении пациента. Это различие объясняют пациенту на простом примере.

12 Ремиссия, восстановление и рецидив

Ремиссия обычно означает снижение симптомов до установленного низкого уровня. Восстановление включает также устойчивость улучшения и возвращение жизненных функций. Даже при низком результате по шкале пациент может бояться возвращения к работе, иметь нарушенные отношения или невосстановленный распорядок дня. Эти оставшиеся задачи не отодвигают словами «депрессия прошла, теперь справляйтесь сами».

При наблюдении за рецидивами полезно знать индивидуальные ранние признаки пациента. У кого-то сначала меняется сон, у другого появляются уход от общения или откладывание дел. Шкала может зафиксировать это изменение, но важен и собственный опыт пациента. Числовые показатели и личные предупреждающие признаки вместе включают в план профилактики.

13 Обсуждение результата с пациентом

Содержательнее объяснить результат словами «Эти ответы показывают, что в последние недели несколько симптомов были заметно выражены», а не «Вы — 18 баллов». Пациент может сказать, какой пункт ему не подошёл. Вместо того чтобы объявлять его мнение ошибочным, выясняют различие между шкалой и клиническим переживанием. Шкала становится средством начала разговора.

Некоторые пациенты при высоком результате боятся, что болезнь останется на всю жизнь. Другие понимают низкий балл как «мне не будут помогать». Специалист объясняет, что балл — это оценка симптомов за определённый период, а не ценности человека или его будущей судьбы. Доступ к лечению определяется не только числом, но и клинической потребностью.

14 Социально желательные ответы и доверие

Пациент может изображать улучшение, чтобы порадовать врача, или описывать симптомы более выраженными, чтобы получить помощь. Не обязательно автоматически считать это намеренным обманом: влияют страх, прежний опыт и доверие к службе. Атмосфера «Здесь нет правильных или неправильных ответов, мы хотим понять, какая помощь вам подходит» повышает качество информации.

Использование результата шкалы для наказания, автоматического решения о трудоспособности или в качестве аргумента в семейном споре может исказить её назначение. Клинические сведения сохраняют конфиденциально и используют в необходимом объёме. Если пациент понимает цель сбора информации, он осознанно участвует в ответах.

15 Второй учебный пример: языковая проблема

Условный пациент заполнил русскоязычный опросник, но в беседе выяснилось, что некоторые выражения он понял иначе. Выражение «плохо себя чувствовать» он воспринял не как чувство вины, а как физическое недомогание. Даже если результат подсчитан, строгое сравнение с другими приёмами ненадёжно. Условия оценки фиксируют и проводят клиническую беседу на подходящем пациенту языке.

В такой ситуации врач не называет собственный перевод сразу «валидированной узбекской версией». Разъясняющая беседа помогает клинически, но психометрическая валидность устанавливается другим процессом. Ищут имеющиеся официальные версии, сведения о популяциях, в которых они проверены, и условиях использования. Честное обозначение такого ограничения не обесценивает результат, а помогает правильно его интерпретировать.

16 Минимальный набор мониторинга

В практике не обязательно предлагать каждому пациенту множество шкал. Один подходящий инструмент оценки симптомов, краткие функциональные цели, беседа о безопасности и мониторинг побочных эффектов часто дают понятную основу. Дополнительный инструмент вводят, если он отвечает на конкретный вопрос. Если сбор данных утомляет пациента и не оставляет времени на основную беседу, процесс пересматривают.

Врачу полезно заранее понимать, какое решение может измениться после измерения. Если результат не влияет ни на обсуждение, ни на план, он может превратиться лишь в административное число. Качественный мониторинг позволяет пациенту видеть изменения, специалисту — проверять лечение, а обоим — согласовывать следующий шаг.

17 Практические выводы главы

При качественной практике измерения фиксируют название инструмента, версию, язык, дату, условия заполнения и результат. Балл интерпретируют вместе с клиническим интервью, функционированием и безопасностью. Шкала помогает оценивать лечение, но не заменяет голос пациента, диагностическую логику и ответственность врача.

Источники

[8.1] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine. 2001;16:606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11556941/

[8.2] Hamilton M. A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 1960;23:56–62. doi:10.1136/jnnp.23.1.56. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14399272/

[8.3] Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. British Journal of Psychiatry. 1979;134:382–389. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/444788/

[8.4] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry. 1987;150:782–786. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3651732/

[8.5] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

9-ГЛАВА

Дифференциальная диагностика

Выявить истинную клиническую картину, а не просто состояние, похожее на депрессию

Дифференциальная диагностика не означает бесконечную смену одного диагноза другим. Это проверка первого впечатления и поиск альтернативных объяснений, способных изменить лечение. Наличие депрессивных симптомов не означает отсутствия другого заболевания. У одного пациента наряду с депрессией могут присутствовать тревога, боль, употребление психоактивных веществ или когнитивные нарушения.

На практике встречаются две противоположные ошибки. Первая — называть депрессией любую усталость и бессонницу. Вторая — отрицать настоящий депрессивный эпизод из-за наличия соматического заболевания или внешнего стресса. Правильный подход предполагает совместное рассмотрение последовательности появления симптомов, полноты синдрома, причинной связи и жизненного контекста.

1 Первый вопрос: возможна ли биполярность?

Текущая картина депрессивного эпизода не всегда позволяет различить униполярное и биполярное течение. Поэтому изучают не только сегодняшнюю подавленность, но и эпизоды изменения настроения и энергии на протяжении всей жизни. Спрашивают, бывали ли периоды, когда пациент мало спал, но не уставал, проявлял необычную активность, быстро говорил, ощущал резкое повышение уверенности в себе и принимал неконтролируемые решения. [9.1]

Пациент может вспоминать гипоманию как «лучшее время в жизни». Поэтому вместо вопроса с медицинским термином «Была ли у вас мания?» просят привести конкретные жизненные примеры. Важны длительность, заметность для окружающих, отличие от привычного поведения и последствия. Сведения от близких, полученные с согласия пациента, могут дополнить хронологию.

Обычная радость, одна ночь работы без сна или кратковременное беспокойство после начала приема антидепрессанта сами по себе не означают биполярного расстройства. Вместе с тем резкое изменение энергии, потребности во сне и поведения на фоне лечения служит основанием для повторной оценки. Нельзя ставить диагноз только по тому, помог препарат или нет.

2 Горевание и депрессивный эпизод

После утраты близкого человека печаль, изменения сна и аппетита, трудности с концентрацией встречаются и в естественном процессе горевания. Переживания часто приходят волнами, связанными с умершим или воспоминаниями о нем. При депрессивном эпизоде могут преобладать более всеобъемлющая ангедония, глобальная утрата чувства собственной ценности, стойкая безнадежность и другие симптомы. Эти различия служат ориентирами, а не строгим самостоятельным тестом.

Горевание не защищает от депрессии; они могут сосуществовать. Вывод «У него умер близкий, значит, депрессии быть не может» неверен. С другой стороны, признание любого горя болезнью может приводить к медикализации культурного и личного процесса. Функционирование, длительность, культурные нормы, полноту синдрома и риск оценивают в совокупности.

Уточняют и смысл мыслей о смерти: тоска по умершему, желание воссоединиться с ним, отказ от жизни и конкретное суицидальное намерение — не одно и то же. Каждое из этих переживаний требует беседы без осуждения. Контекст горевания не отменяет оценки безопасности.

3 Расстройство адаптации и связь со стрессом

Эмоциональные трудности, начавшиеся вскоре после внешнего события, могут указывать на возможность расстройства адаптации. Однако наличие стрессора не означает автоматического отнесения к рубрике F43. Проверяют полные критерии депрессивного эпизода, другие расстройства и правила исключения в классификации. Реактивное начало само по себе не исключает F32. [9.2]

В хронологии разграничивают событие, начало симптомов и продолжающиеся последствия. Хотя потеря работы может казаться завершившимся событием, экономические трудности могут сохраняться. Врач не ограничивается записью «был стресс», а выясняет, что именно затрудняет адаптацию пациента.

4 Посттравматическое стрессовое расстройство

Бессонница, чувство вины, социальная отстраненность и сниженное настроение после травмы могут напоминать депрессию. При ПТСР (PTSD) отдельно спрашивают о повторном переживании травмы, избегании напоминающих о ней ситуаций, постоянном ощущении угрозы и повышенной возбудимости. Также оценивают диссоциацию и изменения функционирования. [9.3]

Пациент может быть не готов сразу говорить о травме. Не нужно превращать прием в принудительный подробный пересказ пережитого. Сведения, необходимые для диагностики, получают бережно. Если депрессия и ПТСР сосуществуют, вместо выбора одного диагноза с исключением другого описывают их взаимное влияние.

5 ОКР, тревога и депрессивная руминация

Обсессии чаще представляют собой нежелательные, повторяющиеся мысли или образы; чтобы избавиться от них или уменьшить тревогу, пациент может выполнять ритуалы. Депрессивная руминация сосредоточена на прошлых ошибках, собственной никчемности или мрачном будущем. Даже при сходстве содержания форма мысли и отношение к ней различаются.

Пугающую обсессию о причинении вреда себе или другим нельзя автоматически трактовать как намерение. Однако и ярлык «это ОКР» не дает оснований не проверять наличие настоящих суицидальных мыслей. Нежелательный страх, желание, намерение и подготовку к действию уточняют по отдельности.

Тревога и депрессия часто пересекаются. Бессонница, трудности концентрации и усталость могут встречаться при обоих состояниях. Оценивают, какой синдром представлен полностью, какой преобладает и выполнены ли критерии самостоятельных диагнозов. F41.2 нельзя использовать как универсальный код для любой тревоги, сопутствующей депрессии.

6 Когнитивные нарушения и деменция

При депрессии могут страдать внимание, скорость обработки информации и извлечение сведений из памяти. Пожилой пациент описывает это словами «я потерял память». Однако сама жалоба на память не доказывает ни деменцию, ни депрессию. Важны начало, прогрессирование, самостоятельность в повседневной жизни и наблюдения близких.

Термин «псевдодеменция» не следует использовать как обещание полной обратимости. Депрессия и нейрокогнитивное заболевание могут сосуществовать; если когнитивные трудности сохраняются и после улучшения настроения, оценку продолжают. Вместо объяснения ошибок пациента тем, что он «не старается», исследуют его возможности.

7 Делирий: состояние, которое нельзя пропустить

Нарушения внимания и осознания окружающего, возникшие в течение часов или дней и меняющиеся на протяжении суток, заставляют предположить делирий. При гипоактивном делирии пациент может быть спокойным, малоподвижным, немногословным, с

отсутствием аппетита; внешне это напоминает депрессию. Острое изменение состояния и его колебания относятся к главным настораживающим признакам. [9.4]

В такой ситуации безотлагательно оценивают инфекцию, метаболические нарушения, действие лекарств и другие медицинские причины. Опасно ограничиваться психотерапевтической беседой, решив, что «пожилой человек подавлен». Делирий может развиться и у пациента с деменцией, поэтому особенно важно установить отличие от исходного состояния.

8 Соматические заболевания, лекарства и психоактивные вещества

Заболевания щитовидной железы, некоторые неврологические и другие соматические состояния могут давать симптомы, похожие на депрессию, или сочетаться с ней. Лекарства и психоактивные вещества также влияют на настроение, сон, энергию и внимание. Без обвинений расспрашивают обо всех принимаемых препаратах, самостоятельно выбранных средствах и привычках употребления. [9.5]

Необязательно назначать всем пациентам один и тот же обширный набор анализов. Обследование основывается на анамнезе, осмотре, возрасте, клинических признаках и предполагаемых причинах. Нормальные анализы не подтверждают депрессию автоматически, а обнаружение одного отклонения не дает оснований объяснять им все психические симптомы.

Для установления причинной связи важна временная последовательность: были ли симптомы до изменения приема препарата или вещества, как они изменились после и есть ли другое объяснение? Самостоятельно резко прекращать прием лекарств не рекомендуется. Пересмотр лечения согласовывают с соответствующим специалистом.

9 Учебный пример: анамнез, изменивший диагноз

Условный пациент обратился с подавленностью, продолжающейся три недели. В беседе выяснилось, что два года назад он в течение недели очень мало спал, работал без усталости, совершал необычные траты, а семья была обеспокоена этими изменениями. Эти сведения дают основание подробно оценить возможность биполярного расстройства, однако нескольких фраз недостаточно для готового диагноза.

В клинической записи можно обозначить степень уверенности: «В настоящее время депрессивный синдром; возможный эпизод повышенного настроения/энергии в анамнезе, сведения уточняются». Важно не отбрасывать новую информацию ради защиты первоначального предположения F32. Решения о лечении также учитывают новую возможность.

10 Определение приоритетов дифференциальной диагностики

Проверять все вероятные варианты одновременно и одинаково глубоко непрактично. Сначала рассматривают состояния, пропуск которых способен быстро привести к вреду: делирий, интоксикацию, тяжелое соматическое нарушение, манию/смешанную картину, психоз и непосредственную опасность. Затем оценивают варианты, меняющие выбор лечения, после них — сопутствующие состояния, уточняющие клиническую картину. Такая приоритетность превращает перечень диагнозов в упорядоченное решение.

Например, пациенту с возникшими за несколько дней бессонницей, раздражительностью и повышенной активностью недостаточно предложить только шкалу депрессии. Выясняют, снизилась ли у него потребность во сне или он хочет спать, но не может. Первый вариант может указывать на биполярность, второй встречается при различных тревожных и депрессивных состояниях. Различие определяет не отдельное слово, а общая картина.

11 Одно заболевание не обязано объяснять все

У пациента могут одновременно присутствовать депрессия и заболевание щитовидной железы, ПТСР и употребление психоактивных веществ либо ОКР и рекуррентное депрессивное расстройство. Чрезмерное стремление найти «единственный правильный диагноз» может скрыть сопутствующую проблему. Выясняют, имеет ли каждый диагноз самостоятельные доказательства, как заболевания взаимодействуют и какая помощь нужна прежде всего.

Однако добавлять отдельный диагноз к каждому симптому тоже неправильно. Бессонница может быть частью депрессивного эпизода и не всегда означает самостоятельное расстройство сна. Тревога и трудности концентрации также могут объясняться в рамках синдрома. Специалист сохраняет равновесие между чрезмерным объединением и чрезмерным дроблением.

12 Совместное построение временной линии

Простая временная линия, составленная вместе с пациентом, помогает разобраться во многих сложностях. На ней отмечают первый симптом, стрессор, начало или прекращение приема препарата, употребление веществ, предыдущие эпизоды и периоды улучшения. Если точные даты неизвестны, используют приблизительные ориентиры, например «в начале лета» или «после операции». Предположение не выдают за точную дату.

Временная линия не доказывает причину автоматически: последовательность двух событий не означает причинной связи. Но она помогает проверить гипотезу. Например, если симптомы начались до приема лекарства, объяснить их все этим препаратом становится

сложнее. Или, если пациент вспоминает период заметной активности перед подавленностью, беседа о биполярности становится более подробной.

13 Цель соматического обследования

Обследование проводят не для того, чтобы «найти депрессию в лаборатории», а для выявления причины или сопутствующего состояния, соответствующего клиническому предположению. Заранее должно быть понятно, на какой вопрос отвечает каждый анализ. Направление обследования определяют возраст пациента, анамнез, осмотр и симптомы. Избыточные исследования могут выявить случайные отклонения и породить новую тревогу.

Нормальный результат не отрицает страдания пациента. Вместо слов «У вас все анализы хорошие, значит, ничего нет» объясняют, какие медицинские причины стали менее вероятны и какая клиническая помощь планируется дальше. Также, обнаружив небольшое лабораторное отклонение, избегают объявлять его единственной причиной всей психической картины.

14 Ответ на лекарство — не диагностический тест

Улучшение на фоне антидепрессанта само по себе не доказывает диагноз депрессии, поскольку эти препараты применяются и при некоторых других состояниях. Отсутствие ответа также не означает отсутствия депрессии: имеют значение достаточная длительность лечения, режим приема, доза, сопутствующие состояния и внешние препятствия. Результат лечения дает дополнительную диагностическую информацию, но не служит единственным критерием.

Точно так же кратковременное облегчение после психотерапевтической беседы не означает отсутствия синдрома. Поддержка может помогать при любом страдании. Специалист сохраняет диагноз, основанный на симптомах и течении, а ответ на лечение учитывает как информацию о динамике. Следует избегать круговой логики: «Помогло, значит, диагноз точен».

15 Второй учебный пример: делирий, похожий на депрессию

Условный пожилой пациент после операции стал мало разговаривать, не интересуется едой и весь день лежит. Близкие думают, что он «впал в депрессию». Однако при беседе выясняется, что его внимание быстро отвлекается, вечером он дезориентирован, а состояние меняется от часа к часу. Эти сведения выдвигают вероятность делирия на первый план и требуют медицинской оценки.

После устранения делирия нарушения настроения или когнитивные трудности могут сохраняться. Тогда депрессию оценивают отдельно. Правильное распознавание первоначального острого состояния не означает отказа от последующей психиатрической помощи. Напротив, оно помогает видеть, какой процесс преобладает на каждом этапе.

16 Третий учебный пример: пугающая мысль и намерение

Условный пациент говорит: «Я боюсь, что причиню вред своему ребенку». Эта мысль пугает его, он не хочет ее и для уменьшения тревоги многократно проверяет что-либо или прибегает к избеганию. Это заставляет предположить обсессивную картину. Однако специалист не делает вывод, отдельно не проверив наличие реального намерения, психоза, влияния веществ и риска, связанного с депрессией.

Ошибочно как автоматически считать пациента опасным из-за тяжелого содержания мыслей, так и полностью отрицать риск потому, что они похожи на обсессии. Форму мысли, ее нежелательность, убежденность, контроль, компульсии и общее состояние оценивают вместе. Такая точность уменьшает стыд пациента и открывает путь к правильной помощи.

17 Объяснение неопределенности пациенту

Фраза «Сейчас есть депрессивные симптомы, но, чтобы полностью понять течение, мы изучим и прежние периоды активности» раскрывает пациенту логику работы. Если скрывать неопределенность и объявлять окончательный диагноз, впоследствии это может подорвать доверие. При этом не нужна и общая фраза «Мы ничего не знаем». Разграничивают то, что известно, и то, что еще проверяется.

Даже когда дифференциальный диагноз остается открытым, пациенту помогают справиться с текущим страданием. Безопасность, сон, питание, поддержку и направление к нужному специалисту обеспечивают параллельно со сбором информации. Хорошее клиническое мышление не торопится с ярлыком, но и не оставляет пациента одного в неопределенности.

18 Проверяемая гипотеза вместо поспешного ярлыка

В дифференциальной диагностике важна готовность пересмотреть первое впечатление. Если специалист сначала предположил депрессию, а затем увидел другую возможность, ему не следует воспринимать это как угрозу своему авторитету. Новые доказательства обновляют клиническое представление. Интересы пациента важнее защиты прежней гипотезы.

Вместе с тем необоснованная смена всего диагноза при каждом новом симптоме тоже порождает путаницу. Различают сведения, достаточные для изменения диагноза, и те, которые еще требуют наблюдения. Специалист, знакомый с течением заболевания, прежняя документация и необходимая консультация вместе позволяют сделать более надежный вывод.

Если объяснить пациенту логику этого процесса, он активнее участвует в предоставлении информации. Вспомнившийся ему прошлый эпизод, изменение приема лекарства или поведение, замеченное близким, могут уточнить диагноз. Дифференциальная диагностика — не загадка, которую врач решает в одиночку, а сбор доказательств в сотрудничестве с пациентом.

19 Практический итог главы

Цель дифференциальной диагностики — не длинный список, а выявление различий, меняющих решение. Временную линию, эпизоды на протяжении жизни, когнитивное и соматическое состояние, вещества, стресс и форму симптома оценивают в совокупности. Если неопределенность сохраняется, записывают, какой информации недостает и как планируется ее получить.

Источники

[9.1] NICE. Bipolar disorder: assessment and management. CG185. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/recommendations

[9.2] WHO. ICD-10: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. Разделы F32, F41, F43. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[9.3] NICE. Post-traumatic stress disorder. NG116. https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/recommendations

[9.4] NICE. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. CG103. https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/chapter/recommendations

[9.5] NIMH. Depression. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression

10-ГЛАВА

Окончательный диагноз и клиническое заключение

Превращение информации в логическую цепочку

Клиническое заключение — не последовательное переписывание всех собранных о пациенте сведений. Оно объясняет, как из основных фактов было выведено решение. Другой специалист, читая его, должен видеть симптомы, течение, дифференциально-диагностические соображения, риск и план помощи. А пациент должен чувствовать, что его переживания отражены уважительно.

Диагноз — краткая форма клинического суждения, а код обозначает его в классификации. Поэтому вместо того, чтобы начинать с кода, а затем подбирать под него доказательства, выстраивают цепочку от жалоб до плана. Такой порядок снижает риск привязанности к первому впечатлению и попыток насильно вместить все признаки в один диагноз.

1 Первый этап: жалобы и причина обращения

Основную жалобу пациента формулируют близко к его собственным словам. Вместо общей фразы «жалуется на депрессию» больше информации дает описание: «На протяжении трех недель не получает удовольствия от обычно приятных занятий, трудно приступить к работе». Полезно знать и то, от кого исходила инициатива обращения: от самого пациента, семьи или другого врача.

Жалобы отделяют от наблюдений специалиста. Пациент может говорить «я в порядке», хотя на приеме заметна выраженная заторможенность. Это не означает, что он лжет: он может не распознавать симптом, стесняться или не находить слов. Противоречие проверяют дополнительной беседой, а не осуждением.

2 Второй этап: анамнез и временная линия

Описывают начало, развитие, длительность и изменения текущего эпизода. Выясняют, какие события ему предшествовали, какое лечение пробовали и что дало результат. Прежние эпизоды подавленности, периоды ремиссии и возможная гипомания/мания определяют общую картину течения. [10.1; 10.2]

Медицинский, семейный, социальный анамнез и сведения об употреблении веществ включают в объеме, значимом для диагностики. Нет необходимости собирать все события личной жизни. Однако предыдущая попытка суицида, тяжелая реакция на препарат или сведения, указывающие на биполярность, не должны исчезать под предлогом сокращения.

Разграничивают и источники: «со слов пациента», «по сведениям близкого», «в предыдущем выписном эпикризе». Если два источника противоречат друг другу, это прямо указывают. Непроверенное воспоминание нельзя записывать как документально подтвержденный факт.

3 Третий этап: исследование психического статуса

Описание психического статуса отражает картину на момент приема. По необходимости освещают контакт, речь, психомоторную активность, субъективное настроение, наблюдаемый аффект, процесс и содержание мышления, восприятие, внимание, ориентировку, осознание состояния и способность принимать решения. Этот раздел не повторяет анамнез.

Не ограничиваются словами «настроение снижено», а описывают его устойчивость, реактивность и соответствие рассказу пациента. Должно быть понятно, на какой беседе и наблюдениях основан вывод «психоза нет». Если общение с пациентом ограничено, «не выявлено» не приравнивают к «достоверно исключено».

Само по себе несогласие с диагнозом не означает отсутствия осознания состояния или способности принимать решения. Пациент может понимать информацию, применять ее к своей ситуации и оценивать варианты. Способность оценивают применительно к конкретному решению в конкретное время; код депрессии не отменяет ее автоматически.

4 Четвертый этап: от симптомов к синдрому

Показывают клиническое содержание отдельных признаков и их временную взаимосвязь. Записывают, какие основные и дополнительные симптомы присутствуют, их длительность и изменения функционирования. Затем переходят к обобщению «депрессивный синдром». Если данных для полного соответствия критериям недостаточно, это также прямо указывают.

Если источник симптома неясен, не нужно записывать его как отсутствующий. Например, усталость может быть связана и с депрессией, и с соматическим заболеванием. Клиническое заключение отражает неопределенность и намечает план ее уточнения. Упорядочить сомнения полезнее, чем скрывать их.

5 Пятый этап: дифференциально-диагностические соображения

В заключении не перечисляют весь учебник психиатрии. Записывают две-три альтернативные возможности, существенные для данного пациента, и их оценку. Например, данных о мании в прошлом не обнаружено, характерных для делирия острых колебаний нет, однако из-за признаков заболевания щитовидной железы запланировано целевое обследование.

Для выражения «исключено» нужно достаточно информации. Если на первом приеме нет семейного анамнеза и прежних документов, точнее осторожная формулировка «на данный момент сведения не выявлены». Это не слабость, а корректное обозначение степени уверенности в диагнозе.

6 Шестой этап: диагноз и код

В диагнозе указывают вид расстройства, текущий эпизод и его тяжесть, психотические симптомы и уточнения, необходимые в используемой классификации. Различие между первым депрессивным эпизодом, рекуррентным течением и биполярной депрессией следует из анамнеза. Выбирать код только по текущим симптомам нельзя. [10.2]

Не смешивают клиническое руководство ВОЗ по МКБ-10, исследовательские критерии и конкретную национальную модификацию. Используемая в документе система должна быть ясно обозначена. Если местная электронная система не принимает код с пятым знаком, клиническое уточнение сохраняют в тексте и следуют местным правилам кодирования.

Следует избегать записи одного синдрома под разными названиями в качестве нескольких основных диагнозов. «Депрессия», «подавленность», «астенодепрессивный синдром» могут быть обозначениями одной клинической картины на разных уровнях. Сопутствующее заболевание указывают, если оно соответствует самостоятельным критериям.

7 Седьмой этап: риск, потребности и уровень помощи

После диагноза следует текущая клиническая оценка безопасности. Суицид, самообслуживание, питание, психоз, защита от насилия и другие актуальные риски освещаются применительно к пациенту. Обозначение эпизода как «легкого» или «тяжелого» не заменяет оценки риска. [10.3]

Решение об амбулаторном наблюдении, интенсивной поддержке или стационарной оценке обосновывают. Оно зависит не только от кода, но и от функциональных возможностей пациента, домашних условий, сотрудничества, помощи близких и доступности

необходимых служб. Выбирают наименее ограничивающий, но безопасный и эффективный формат.

8 Восьмой этап: согласованный план

В плане указывают, что, почему, кем и когда будет сделано. Раздельно обозначают варианты лечения, пожелания пациента, дополнительное обследование, психотерапию, обсуждение медикаментов, меры безопасности и порядок следующего приема. Одна фраза «даны рекомендации» не позволяет восстановить план.

Согласовывают, какое улучшение ожидается и как будет оцениваться результат. Например, отслеживают режим сна, повседневную активность, показатели симптоматической шкалы и личную цель пациента. Также объясняют, при каких изменениях следует обратиться, не дожидаясь очередного приема. Пациент участвует в принятии решений; непонятные медицинские термины ему разъясняют.

9 Учебный образец клинического заключения

Следующий краткий образец составлен для условного случая и не является готовым документом пациента. «У взрослого пациента, ранее не имевшего подобных эпизодов, в течение четырех недель отмечаются сниженное настроение, уменьшение интереса и энергии, нарушения сна и внимания, низкая самооценка. Выполнение рабочих и домашних обязанностей заметно затруднено. На приеме психотические симптомы не выявлены. Достоверные сведения о мании/гипомании в анамнезе пока не получены; прежняя документация будет дополнительно изучена».

Продолжение: «Рабочее заключение об умеренном депрессивном эпизоде в соответствии с клиническим руководством ВОЗ по МКБ-10. Отдельно проведена беседа о безопасности; зафиксированы текущие потребности и согласованный план поддержки. С пациентом обсуждены основанные на доказательствах варианты лечения, ожидаемая польза и возможные неудобства. Согласованы срок следующей оценки и причины для более раннего обращения».

В образце вместо реальных сведений о суицидальном риске не подставлена готовая фраза «отрицает». На практике этот раздел заполняют результатами индивидуальной беседы. Код также выбирают после всей оценки, а не просто по аналогии с образцом.

10 Обсуждение заключения с пациентом

Когда основания диагноза объясняют простым языком, пациент лучше понимает лечение. Вместо фразы «У вас F32.1» рассказывают, какие признаки объединились, какие возможности были рассмотрены и в чем цель лечения. Подчеркивают, что диагноз — не

суждение о ценности человека или его будущем.

Если пациент указывает на ошибку в записи, важно его выслушать. Неверная дата, название лекарства или сведения о родстве могут повлиять на последующие решения. Исправление вносят по правилам ведения документации; вместо скрытого удаления прежних сведений сохраняют последовательность записей.

11 Обозначение степени уверенности в заключении

Клиническое заключение может быть «определенным», «вероятным» или «рабочим»; эти термины используют согласно правилам учреждения. Главное, чтобы были понятны его основания. Заключение после полноценной беседы, изучения прежних документов и динамического наблюдения не записывают с той же степенью уверенности, что предположение на первом коротком приеме. Указание степени уверенности не ослабляет диагноз, а делает его честным.

При недостатке информации добавляют конкретный план: получить прежний выписной эпикриз, с согласия пациента уточнить хронологию у близкого, провести целевое медицинское обследование или повторный прием. Если вместо общей фразы «нужно дополнительное обследование» записать, на какой вопрос требуется ответ, направление дальнейшей работы становится ясным. Этот план не должен задерживать согласованную помощь.

12 Разграничение диагноза и формулировки случая

Диагноз дает классификационное название. Формулировка случая кратко объясняет, как проблема началась именно у этого пациента, что ее поддерживает и какие ресурсы могут помочь. Например, наряду с депрессивным эпизодом можно описать рабочий режим с недосыпанием, уход от общения и круг жесткого самообвинения. Такая формулировка не объявляет недоказанную причину абсолютной истиной; это проверяемая клиническая гипотеза.

В формулировке случая недостаточно перечислить биологические, психологические и социальные факторы. Объясняют конкретные связи между ними. Например, нарушение сна снизило внимание, ошибки на работе усилили самообвинение, из-за этого пациент стал избегать работы, а социальная поддержка уменьшилась. Такая цепочка показывает, на какое звено можно воздействовать при лечении.

13 Язык записи и предотвращение стигматизации

Оценочные слова «безвольный», «капризный», «требует внимания» не дают клинической информации. Вместо них описывают наблюдаемое поведение и контекст: «Во время приема несколько раз просил подтверждения», «Сообщил о трудностях с началом выполнения задания». Это не идеализация пациента, а опора документа на проверяемые факты.

Важные слова пациента можно привести в виде короткой цитаты, но не нужно избыточно переписывать всю его личную историю. В частности, непроверенные обвинения в адрес третьих лиц не превращают в факты без указания источника и контекста. Клинический документ хранит информацию, необходимую для помощи; он не является площадкой для семейных споров или нравственных суждений.

14 Факт, интерпретация и решение

В записи полезно различать три уровня. Факт: за последнюю неделю пациент дважды не вышел на работу. Интерпретация: это может быть связано со снижением энергии и внимания при депрессии. Решение: с учетом функционирования и риска лечебный план усиливается. Если интерпретацию записать как факт, следующий специалист лишится возможности проверить ее заново.

Так же за фразой «пациент не принимает лекарство» могут стоять разные причины: забыл, испугался побочных эффектов, не имел денег или не понял план. Запись «не сотрудничает» без выяснения причины затрудняет помощь. Когда клиническое заключение показывает практическое препятствие, становится яснее и следующий шаг.

15 Приоритеты записи при коротком приеме

Даже при ограниченном времени нельзя упускать основной риск, важные симптомы, рабочий диагноз и дальнейшие действия. Вместо длинного биографического рассказа выбирают факты, влияющие на текущее решение. Намечают, как дополнить остальные сведения на следующем приеме. Краткость требует отбора информации по значимости, а не слепого заполнения шаблона.

При неотложном приеме документ может также указывать, в какую службу, каким способом и в чьем сопровождении был передан пациент. При амбулаторном приеме важны следующая дата, порядок связи и действия при ухудшении. В обоих случаях запись основания решения помогает лучше сохранить непрерывность помощи.

16 Второй учебный пример: различие двух записей

Первая запись: «Депрессия. Сон плохой. Назначено лечение». В ней нет сведений о длительности эпизода, функционировании, биполярности, риске и плане. Следующий врач не сможет понять, что изменилось у пациента. Хотя такая краткая запись кажется экономией времени, на следующем приеме она вынуждает собирать всю информацию заново.

Вторая запись: «Четыре недели подавленности, ангедонии и сниженной энергии; выполнение рабочих и домашних обязанностей значительно затруднено. Предыдущие аффективные эпизоды в анамнезе уточняются. На приеме признаки психоза не выявлены; беседа о безопасности и план зафиксированы отдельно. Обсуждены варианты лечения, обозначены выбор пациента и время следующей оценки». Эта запись тоже краткая, но сохраняет клиническую логику. На практике каждую фразу наполняют результатами реальной оценки.

17 Сопутствующий диагноз и приоритетная проблема

Если у пациента несколько диагнозов, указывают, какой из них определяет текущее обращение и план помощи. Например, на фоне хронического соматического заболевания может возникнуть новый депрессивный эпизод. Обозначить главную проблему — не значит отрицать остальные; это способ упорядочить ресурсы и наблюдение. Специалисты согласовывают, кто за что отвечает.

Увеличение списка диагнозов не всегда означает полноту. Повторение одного признака в нескольких рубриках создает путаницу. Проверяют, соответствует ли сопутствующее состояние самостоятельным критериям, влияет ли оно на лечение и каковы правила документирования. Клиническая точность измеряется не числом кодов, а их обоснованностью.

18 Обновление заключения на следующем приеме

На повторном приеме к прежнему заключению добавляют новые сведения: какие симптомы изменились, какая гипотеза стала более или менее вероятной, как пациент выполнял план и какие препятствия возникли? Если диагноз меняется, кратко записывают причину. Например, указывают, что получены новые достоверные сведения о прошлой гипомании или выявлена органическая причина.

Обновленная запись не должна тайно подменять предыдущую. Последовательность клинической истории важна для дальнейших решений и аудита. Причину изменения объясняют и пациенту: это не обязательно означает «раньше мы лечили неправильно», а может отражать уточнение диагноза по мере накопления информации. Прозрачное общение помогает сохранить доверие.

19 Практический итог главы

Итоговое заключение опирается на цепочку «жалобы → анамнез → психический статус → симптом → синдром → дифференциально-диагностические соображения → диагноз → риск и план». Оно может быть кратким, но не должно терять важные логические звенья. Лучшая клиническая запись объясняет следующему специалисту решение и позволяет продолжить помощь пациенту.

Источники

[10.1] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. Recognition, assessment and initial management. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[10.2] WHO. ICD-10: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. Введение и раздел F3. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[10.3] NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations

[10.4] NICE. Bipolar disorder: assessment and management. CG185. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/recommendations

II

ЧАСТЬ

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПО МКБ-10

11-ГЛАВА

Легкий депрессивный эпизод

Серьезное отношение к заболеванию даже при частично сохраненной деятельности

F32.0

Слово «легкий» может вводить пациента в заблуждение. Он может услышать в нем «с вами ничего не происходит» или «возьмите себя в руки». На самом деле F32.0 в клинической классификации обозначает выраженность и интенсивность симптомов. Страдание пациента реально, а потребность в помощи индивидуальна.

Распознавание легкого эпизода важно с двух сторон: с одной стороны, не следует чрезмерно превращать обычные колебания настроения в болезнь; с другой — нельзя пропустить клиническую депрессию у пациента, который еще ходит на работу. Эту границу раскрывает не одно лишь число симптомов, а подробная информация об их длительности, качестве и влиянии на функционирование.

1 Место F32.0 в классификации

Рубрику F32 применяют для первого или единственного депрессивного эпизода. Если выявлены отдельные депрессивные эпизоды в прошлом, необходимо оценить рекуррентное течение; при достоверных сведениях о мании или гипомании — расстройство биполярного спектра. Легкая выраженность текущих симптомов не превращает все течение в F32.0.

Органические причины и состояния, связанные с веществами, также рассматривают отдельно. Механической формулы «сниженное настроение + четыре симптома» недостаточно. До выбора F32.0 проверяют общие требования к депрессивному эпизоду и важные исключения. [11.1]

2 Перевод критериев на язык клинической жизни

Клиническое руководство ВОЗ обычно предполагает наличие как минимум двух из трех основных признаков и не менее двух дополнительных, с длительностью около двух недель. Симптомы не должны быть резко выраженными; повседневная деятельность затрудняется, но чаще не прекращается полностью. [11.1]

При применении этого определения не превращают в симптомы все привычные трудности пациента. Например, ограниченное общение человека, застенчивого с детства, не является новым депрессивным уходом от контактов. Но если за последние недели он прекратил и привычное общение, это значимо. Граница становится видна при сравнении с прежним состоянием.

Если используют исследовательские критерии, применяют точные количественные требования и правила исключения соответствующего издания. Нельзя смешивать гибкое толкование клинического руководства со строгими требованиями исследовательского протокола. Это особенно важно при сопоставлении разных источников. [11.2]

3 Повседневная картина легкого эпизода

Пациент вовремя приходит на работу, но тратит больше времени на привычные задачи. Занятия, которые раньше помогали отдыхать, теперь кажутся скучными. Он может отвечать близким, но не начинает разговор первым. Со стороны кажется, что «все в порядке», тогда как внутреннее напряжение растет.

Такой пациент часто винит себя: «У меня условия лучше, чем у всех, почему я не могу быть благодарным?» Врач не противопоставляет обстоятельства симптомам. Хорошая работа или семья не делают депрессивный эпизод невозможным. В то же время следует избегать признания болезнью любого недовольства или усталости.

Полезно спрашивать о функционировании на конкретных примерах: насколько дольше занимает завершение работы, сколько накопилось домашних дел, как изменились отношения? Эти сведения могут лучше балла показать реальные потребности пациента. Отмечают и личные ресурсы.

4 F32.00 и F32.01: соматический синдром

Клиническое руководство ВОЗ допускает уточнение легкого эпизода как F32.00 — без соматического синдрома и F32.01 — с соматическим синдромом. Это не только изобретение национальной модификации; однако на практике нужно проверить, какие пятые знаки принимает местная система кодирования. [11.1]

Соматический синдром не означает «есть боль в теле». Это совокупность определенных характеристик: явная утрата удовольствия, снижение эмоциональной реакции на обычно приятные события, раннее пробуждение, ухудшение по утрам, объективные психомоторные изменения, снижение аппетита и массы тела, уменьшение либидо. Точные правила его определения проверяют по источнику.

Поэтому нельзя записывать F32.01 на основании головной боли или сердцебиения. И наоборот, даже если пациент не жалуется на телесную боль, у него могут присутствовать признаки соматического синдрома. Клиническое значение термина отличается от бытового понятия «соматическое заболевание».

5 От каких состояний следует отличать?

Необходимо различать легкий эпизод и кратковременное снижение настроения, усталость после работы без сна, горевание, трудности адаптации, тревогу и соматические заболевания. Улучшение после отдыха или радость от хорошей новости сами по себе не исключают депрессию. Но зависимость симптомов от ситуации и их устойчивость важны для клинической интерпретации.

При возможной дистимии выясняют многолетнее течение. Если пациент говорит «я всегда такой», это не списывают на характер, а исследуют, когда состояние началось и были ли периоды без симптомов. Текущий легкий эпизод может также наслаиваться на хронический фон.

6 Обсуждение вариантов лечения

Группа NICE «менее тяжелая депрессия» не полностью совпадает с МКБ-10 F32.0, однако дает важный практический принцип: психологическая помощь низкой интенсивности, основанная на доказательствах, и учет предпочтений пациента. В таких случаях не рекомендуется автоматически выбирать антидепрессант первым средством для всех; обсуждают предпочтения пациента и клиническую ситуацию. [11.3]

Самопомощь под руководством специалиста, поведенческую активацию, когнитивно-поведенческий подход и другие подходящие психологические методы можно выбирать с учетом возможностей пациента и доступности служб. «Самопомощь» не означает оставить пациента одного: необходимы объяснение, конкретное задание, поддержка и оценка результата.

Вопрос о лекарствах рассматривают с учетом прежних эпизодов и ответа на лечение, длительности симптомов, предпочтений пациента, сопутствующих состояний и нежелательных эффектов. Эта глава не предлагает индивидуальных назначений или дозировок. Даже если выбрано лекарство, необходимость наблюдения и общения с пациентом сохраняется.

7 Активное наблюдение — не пассивное ожидание

Некоторые пациенты пока не хотят начинать лечение, либо их симптомы постепенно улучшаются. При активном наблюдении согласовывают план повторного приема, отслеживание симптомов и функционирования, признаки ухудшения и способ более раннего обращения. Неопределенной фразы «приходите, если станет хуже» недостаточно.

Режим сна, постепенное увеличение активности, регулярное питание и поддерживающее общение имеют вспомогательное значение. Однако упрощение вроде «займетесь спортом — пройдет» может вызвать у пациента чувство вины. Активность начинают с небольших выполнимых шагов, соответствующих его нынешним возможностям.

8 Отдельная оценка риска

Даже при легком эпизоде возможны суицидальные мысли, употребление веществ, насилие или острый социальный кризис. Поэтому код тяжести не заменяет беседу о безопасности. При недавнем самоповреждении или текущем намерении уровень помощи определяют независимо от названия эпизода «легкий».

Поводом для повторной оценки также служат быстрое ухудшение, повышение активности с резким снижением потребности во сне, психотические признаки или нарушение самообслуживания. Эти изменения не подгоняют под прежний диагноз; клиническое заключение обновляют в соответствии с новыми данными.

9 Учебный пример: скрытое напряжение

Условный учитель в течение трех недель продолжает ходить на работу, но тратит вдвое больше времени на подготовку уроков. Он не получает удовольствия от прежде любимого чтения, быстро устает, утратил уверенность в себе и с трудом засыпает. В беседе проверяют набор симптомов, их интенсивность, прежние эпизоды и риск; нельзя делать вывод о «здоровье» только на основании профессии.

Согласованный план может включать объяснение симптомов, подходящую психологическую помощь, реалистичное регулирование рабочей нагрузки и повторную оценку. Цель — не «работать идеально, как раньше», а уменьшить напряжение и восстановить устойчивую деятельность. Результат оценивают также через задачи, значимые для пациента.

10 Отличие легкого эпизода от обычной усталости

При усталости важны возможность отдыха, рабочая нагрузка и недостаток сна. При депрессивном эпизоде к усталости могут добавляться устойчивые изменения интереса или настроения, самооценки, мышления и другие признаки. Однако это противопоставление не абсолютно: человек с депрессией тоже может испытывать некоторое облегчение после отдыха, а уставший человек — временно терять интерес. Поэтому оценивают длительность и целостность синдрома.

Врач не ограничивается одним вопросом: «Пройдет ли это, если вы уйдете в отпуск?» Он спрашивает об удовольствии и энергии в дни отдыха, отношениях вне работы и самооценке. Если симптомы появляются только в одной рабочей среде, изучают и эти условия. Клинический диагноз не должен становиться поводом не замечать организационную или социальную проблему.

11 Позднее обращение за помощью «сильного человека»

Некоторые пациенты не признают собственных трудностей, поскольку привыкли помогать другим. Врач, учитель, руководитель или главная опора семьи могут думать: «У меня не может быть депрессии». Продолжение работы — их ресурс, но не доказательство отсутствия клинических симптомов. В беседе оценивают личное состояние, а не профессиональный статус.

Пациенту объясняют, что просьба о помощи не означает ухода от ответственности. Однако и специалист не должен автоматически побуждать его «бросить все дела». Согласовывают, какие обязанности сохранить, какие временно облегчить и какая поддержка нужна. Цель — не полностью остановить жизнь пациента, а уменьшить избыточное напряжение и создать условия для восстановления.

12 Логика поведенческой активации

При легком эпизоде может быть заметен круг отстранения: не получая удовольствия, пациент сокращает деятельность, а с уменьшением деятельности сокращаются поддержка и положительный опыт. Поведенческая активация направлена на изменение этого круга с помощью небольших, запланированных и значимых шагов. Это не призыв «работайте больше»: обсуждают смысл деятельности и возможность ее выполнения.

Например, если прежнее часовое занятие сейчас слишком трудно, выбирают более короткий вариант. Пациент не обязан сразу почувствовать радость после выполнения задания; вначале важны само действие и восстановление распорядка дня. Результат оцени-

вают не только вопросом «Вы получили удовольствие?», но и вопросами «Насколько трудно было выполнить? Что изменилось после?» Этот пример не заменяет протокол профессиональной психотерапии.

13 Как избежать обвинений в когнитивной работе

Недостаточно отвергать мысль пациента «я ни на что не годен» словами «вы неправильно думаете». Изучают, в каких ситуациях она возникает, на какие доказательства опирается и как влияет на поведение. Специалист вместе с пациентом проверяет альтернативный, более реалистичный взгляд. Цель — не искусственное позитивное мышление, а смягчение жесткой и вредной интерпретации.

Пациент с легкой депрессией часто сравнивает себя с наиболее продуктивным периодом своей жизни. Требования выше нынешних возможностей усиливают вину. В терапевтической работе обсуждают реалистичные задачи, достаточный результат и время на восстановление. Объясняют, что ценность человека не зависит от объема выполненной работы, раскрывая это не пустым утешением, а жизненными примерами.

14 Общение с пациентом, который не хочет лечиться

Пациент может не согласиться на психологическую помощь или лекарства. Вместо немедленной оценки «не признает свою болезнь» выясняют причину: прежний негативный опыт, расходы, время, стигма, побочные эффекты или непонимание. После предоставления информации уважают выбор пациента и его способность принимать решения. При непосредственной опасности отдельно применяют соответствующие правовые и клинические процедуры.

Даже если сейчас пациент не принимает лечение, необязательно прекращать с ним контакт. Можно согласовать активное наблюдение, информирование, небольшую функциональную цель и способ повторного обращения. Специалист не отстраняется со словами «решайте сами», но и не получает согласие давлением. Сотрудничество открывает путь к следующему решению.

15 О чем спрашивать на повторном приеме?

Возвращаются к основным признакам первого приема: удовольствию, настроению, энергии, сну, вниманию и самооценке. Затем проверяют функционирование и риск. Спрашивая, выполнены ли рекомендации, стремятся понять препятствия, а не обвинить. За ответом «я не гулял» могут стоять дождь, боль, страх или слишком большой объем задания.

Если улучшения нет, врач не ограничивается призывом больше стараться. Пересматривают диагноз, выбор лечения, сопутствующие состояния и интенсивность помощи. Эпизод, начавшийся как легкий, может затянуться или утяжелиться. Первоначальный код не должен мешать видеть новые сведения.

16 Второй учебный пример: легкий код, серьезная потребность

Условный студент обратился со снижением интереса и энергии, трудностями концентрации и чувством собственной никчемности, продолжающимися несколько недель. Он посещает занятия, поэтому семья говорит, что «ничего нет». Но в беседе выяснились недавний разрыв отношений, одиночество и мысли о смерти. Тяжесть симптомов и потребность в обеспечении безопасности оценивают отдельно.

В этом случае, даже если выбран F32.0, могут понадобиться беседа о безопасности и индивидуальный план. Неправильное понимание семьей термина «легкий» корректируют. Студенту объясняют, что диагноз обозначает не его слабость, а клиническое состояние, поддающееся лечению. Формат помощи определяют с учетом риска, ресурсов и практических возможностей.

17 Закрепление восстановления

Когда симптомы уменьшаются, пациент часто пытается сразу выполнить все накопившиеся дела. Это может вновь привести к перегрузке и усталости. Обсуждают постепенное восстановление деятельности, отдых и сохранение поддерживающих привычек. План после улучшения тоже является частью лечения.

Зная свои ранние настораживающие признаки, пациент может раньше распознать последующие изменения. Например, прекращение привычного общения, нарушение режима сна или усиление самообвинения. Эти признаки не означают, что болезнь обязательно вернулась, но служат поводом для повторной оценки. Профилактика — не жизнь в страхе, а готовность понимать свое состояние и управлять им.

18 Индивидуализация результата при легком эпизоде

Для условного пациента главной целью может быть не производительность труда, а десять минут внимательного вечернего разговора с ребенком. Для другого важно выйти из дома или снова открыть любимую книгу. Такие цели не заменяют шкалу симптомов, но связывают клинические изменения с жизнью пациента. Цели исходят из его собственного выбора.

Невыполненная цель дает информацию для адаптации плана, а не повод для упрека. Выясняют, слишком ли велика задача, неудобно ли время, сильна ли усталость или есть другое препятствие. Повторный выбор небольшого шага — не поражение лечения. Пациент учится реалистично оценивать свои возможности, а специалист проверяет достаточность интенсивности помощи.

Улучшение оценивают не только по внешней активности. Даже если пациент стал много делать, отсутствие удовольствия и жесткое самообвинение могут сохраняться. И наоборот, уменьшение внутреннего страдания — важный сдвиг, даже если выполнение обязанностей еще не восстановилось полностью. Наблюдение за обеими сферами дает реальную картину восстановления.

Специалист еще раз объясняет пациенту, что «легкий» диагноз не уменьшает его права просить о помощи. Название клинической тяжести не предназначено для сравнения того, чьи трудности больше. Своевременная и подходящая помощь, четкое наблюдение и открытое общение — основа качественного ведения эпизода.

19 Практический итог главы

F32.0 — не состояние, недостойное помощи. Для постановки диагноза совместно оценивают симптомы, длительность и функционирование; проверяют течение и дифференциальные возможности. Правильно применяют понятие соматического синдрома. Лечение и наблюдение согласовывают с пациентом, а риск оценивают отдельно от тяжести.

Источники

[11.1] WHO. ICD-10: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. F32.0, F32.00, F32.01. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[11.2] WHO. ICD-10: Diagnostic Criteria for Research. 1993. F32.0. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[11.3] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. Treatment for a new episode of less severe depression. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[11.4] NIMH. Depression. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression

12-ГЛАВА

Депрессивный эпизод средней степени тяжести

Значительные функциональные трудности и индивидуальное решение о лечении

F32.1

Депрессивный эпизод средней тяжести на практике часто оказывается между двумя ошибочными взглядами. Один гласит: «Он еще работает, значит, это несерьезно»; другой относит любые заметные трудности к тяжелому эпизоду. Правильное распознавание F32.1 требует совместной оценки интенсивности, числа и длительности симптомов и общей клинической картины.

Пациент выполняет часть повседневных обязанностей, но это требует от него значительных усилий. Сохраняя внешний порядок, он может уже исчерпать внутренние ресурсы. Специалист не судит только по одежде, вежливой беседе или посещению работы; он спрашивает, какой ценой дается эта деятельность.

1 Точное применение критериев

Клиническое руководство ВОЗ описывает не менее двух основных и как минимум трех, предпочтительно четырех дополнительных симптомов, обычно продолжительностью не менее двух недель. Некоторые симптомы могут быть явно интенсивными; отмечаются значительные трудности в социальной жизни, работе и домашних обязанностях. [12.1]

Исследовательские критерии требуют при умеренном эпизоде не менее шести симптомов в общей сложности. Это не противоречие формулировке клинического руководства, а операциональная система с другой целью. Если в документе или исследовании четко указана используемая версия, читателю понятно различие чисел. [12.2]

F32.1 обозначает первый или единственный эпизод. Текущее состояние средней тяжести у пациента с отдельными депрессивными эпизодами в прошлом может относиться к другой рубрике. Нельзя выводить код только из текущей тяжести, не проверив биполярность, влияние веществ и органические причины.

2 Оценка функционирования по сферам

В сфере работы спрашивают о скорости, ошибках, принятии решений, начале и завершении заданий. За ответом «я работаю» могут стоять сокращенные обязанности, помощь коллег или полное истощение после работы. У неработающего пациента нельзя измерять функционирование посещением работы; оценивают распорядок дня, домашние дела и самостоятельность.

В семейной сфере важны общение, уход за детьми, отношения и бытовые дела. Некоторые пациенты выполняют только задачи, нужные близким, но не им самим. Эта ответственность может быть ресурсом, однако не означает отсутствия депрессии. Огромные усилия пациента могут скрывать симптомы от постороннего взгляда.

В социальной сфере изучают отмену встреч, отсутствие ответов на звонки и отказ от привычных занятий. Такие изменения могут быть следствием депрессии и одновременно поддерживать ее, усиливая одиночество. План лечения учитывает и этот круг.

3 Тревога и телесные жалобы

При депрессии средней тяжести ведущими жалобами могут быть тревога, бессонница, мышечное напряжение, боль или ощущение сердцебиения. Это не должно заставлять забывать о расспросе о депрессивных симптомах. В то же время нельзя оставлять новый телесный симптом без обследования, объясняя его «нервами».

Уточняют место тревоги в клинической картине: является ли она сопутствующим признаком депрессивного эпизода, самостоятельным тревожным расстройством или другим синдромом? Неверно ставить F41.2 лишь потому, что присутствуют два вида симптомов. Границы и иерархию каждой рубрики применяют согласно выбранной классификации.

4 F32.10 и F32.11

Эпизод средней тяжести можно уточнить как F32.10 — без соматического синдрома или F32.11 — с соматическим синдромом. Пятый знак указывает не на «телесный» характер симптома, а на особенности определенного синдрома. Проверяют, как это уточнение принимается в местной системе кодирования. [12.1]

Например, расспрашивая об утреннем ухудшении и раннем пробуждении, учитывают рабочий режим пациента. Просыпаться в пять часов может быть обычным для человека, рано уходящего на работу; пробуждение на два часа раньше этого времени с невозможностью снова заснуть имеет другое значение. Психомоторные изменения оценивают не только по субъективному ощущению «внутри все замедлилось», но и путем непосредственного наблюдения.

Соматический синдром не определяет автоматически выбор конкретного вида лекарства и не доказывает индивидуальный дефицит нейромедиаторов. Это уточнение, описывающее клиническую картину; при решении о лечении его рассматривают вместе с другими сведениями.

5 Совместный выбор лечения

При эпизоде средней тяжести важно активно планировать лечение. Доказательную психотерапию, антидепрессант или их сочетание обсуждают с учетом клинических потребностей пациента, предпочтений, прежнего ответа и возможностей служб. Категория NICE «более тяжелая депрессия» охватывает умеренные и тяжелые состояния, но не тождественна механически кодам МКБ. [12.3]

Вместо представления единственного варианта как «самого лучшего» пациенту объясняют ожидаемую пользу, ограничения, затраты времени и неудобства. Возможность посещать психотерапию, регулярного приема лекарства, домашние и рабочие условия также влияют на реальное решение. Согласие должно быть информированным и непрерывным процессом.

В психотерапевтической работе уход от деятельности, самообвинение, безнадежные интерпретации и трудности отношений связывают с целями пациента. При выборе лекарства врач индивидуально определяет побочные эффекты, взаимодействия, вопросы безопасности и план наблюдения. В этой главе схемы дозирования не приводятся.

6 Что наблюдать в первые недели?

Сон, энергия, ангедония, внимание, безнадежность и функционирование могут меняться с разной скоростью. Поэтому улучшение одного симптома не дает основания заключать, что «болезнь прошла». Также спрашивают о соблюдении лечения, нежелательных эффектах и том, как пациент понял лечение.

Ажитация, новые суицидальные мысли, резкие изменения поведения или повышение активности при снижении потребности во сне служат поводом для более ранней повторной оценки. Нельзя считать такие сведения лишь проявлением «периода адаптации». Пациенту объясняют, в каких обстоятельствах, к кому и как обращаться.

Если результат не соответствует ожиданиям, сначала рассматривают диагноз, достаточность длительности лечения, его практическое выполнение, сопутствующие состояния и внешние препятствия. Ярлык «резистентный» при первой трудности будет поспешным. Вопрос резистентности отдельно обсуждается в лечебных главах книги.

7 Работа с семьей

С согласия пациента близким можно объяснить клинические особенности депрессии. Толкования «лень» или «безволие» разрушают сотрудничество. Вместе с тем семья не должна принимать все решения за пациента, полностью лишая его самостоятельности.

Помощь переводят в конкретные задачи: добраться до приема, временно разделить бытовую нагрузку, вместе совершить короткую прогулку или напомнить о согласованном режиме приема лекарства. Неправильно также требовать от близких роли постоянного наблюдателя или терапевта; учитывают их возможности и усталость.

8 Учебный пример: симптомы за ответственностью

Условный пациент заботится о двух детях и продолжает работать. Однако уже месяц он не получает удовольствия, быстро устает, просыпается ночью, испытывает трудности концентрации и винит себя. Большая часть домашних дел перешла к близкому человеку. При уточнении ответа «я со всем справляюсь» обнаруживается значительное снижение функционирования.

Клиническая оценка включает вопросы о том, первый ли это эпизод, есть ли психоз, каков риск и присутствуют ли соматические факторы. В качестве целей лечения согласовывают стабилизацию сна, реалистичное распределение повседневных задач и постепенное восстановление приятной деятельности. Цель — не быстро вернуть пациента к прежней чрезмерной нагрузке, а обеспечить устойчивое восстановление.

9 Когда пересматривают диагноз и уровень помощи?

Если резко ухудшается самообслуживание, нарушается прием пищи и воды, появляется психоз или непосредственная опасность, прежний амбулаторный план может оказаться недостаточным. Нельзя преуменьшать новые сведения ради сохранения кода. Клиническое заключение обновляют с указанием даты и заново оценивают формат помощи.

И наоборот, если симптомы уменьшаются и функционирование улучшается, этот результат тоже фиксируют. Но не рекомендуется принимать краткое улучшение за устойчивую ремиссию и самостоятельно прекращать лечение. Остаточные симптомы и профилактика повторных эпизодов — задачи следующего этапа.

10 Объяснение пациенту термина «средняя тяжесть»

Под «средней тяжестью» пациент может понимать промежуточное состояние между болезнью и здоровьем. На самом деле это характеристика тяжести полноценного депрессивного эпизода. Его симптомы и влияние на жизнь воспринимаются серьезно. Специалист объясняет, что использует термин для уточнения клинической картины, а не для обесценивания страдания. Это разъяснение важно и в общении с семьей.

При этом обозначение тяжести само по себе не определяет прогноз. Течение умеренного эпизода зависит от ответа на лечение, сопутствующих состояний, социальных обстоятельств и предшествующей истории. Не дают обещаний «раз средняя тяжесть, быстро пройдет» или «это обязательно ухудшится». Реалистичные ожидания и план повторной оценки обеспечивают более надежную помощь.

11 Скрытое распределение сил в течение дня

Чтобы понять функционирование, можно рассмотреть день от начала до конца. Когда пациент просыпается, сколько времени нужно, чтобы встать, ест ли он, что выполняет на работе и что способен делать после возвращения домой? Эта беседа раскрывает не избыточные бытовые подробности, а распределение энергии и возможностей. Работа в одной части дня может сочетаться с полным отсутствием сил в другой.

В условном примере пациент работает восемь часов, но вечером не может приготовить еду и у него не хватает сил поговорить с ребенком. Сохраненное рабочее функционирование скрыло нарушения в семейной сфере. Если план лечения направлен не только на сохранение посещения работы, но и на восстановление общего качества жизни, результат становится более значимым для пациента.

12 Практические препятствия при выборе лечения

У пациента, согласного на психотерапию, могут быть проблемы с транспортом или рабочим временем. У пациента, согласного на лекарство, может не хватать средств для его регулярного приобретения. Даже при удобстве онлайн-формата может не быть отдельного помещения или стабильного интернета. Эти препятствия — не «отказ от сотрудничества», а практическая часть лечебного плана.

Специалист в пределах своих полномочий адаптирует варианты: время приема, формат, направление или поддержку. Но не обещает недоступную услугу. Идеальный план, оторванный от реальных возможностей пациента, хорош на бумаге и неэффективен на практике. Поэтому клиническую эффективность и выполнимость обсуждают вместе.

13 Психотерапия и лекарства не соперничают

Некоторые пациенты воспринимают прием лекарства как отказ от психологической работы, а психотерапию — как признак того, что болезнь «только в голове». Это противопоставление корректируют. Разные методы могут воздействовать на разные стороны симптомов и проблемы. Выбор означает не причисление пациента к одному «лагерю», а поиск помощи, соответствующей его потребностям.

Если выбрано сочетание методов, важно согласовать между специалистами цели и наблюдение. Пациент не должен получать от одного врача одну рекомендацию, а от другого — противоположную. Информацией обмениваются в пределах конфиденциальности и согласия. Когда ясно, кто оценивает какие изменения и к кому обращаться при побочных эффектах или риске, помощь становится целостной.

14 Трудности внимания и принятия решений

При депрессии средней тяжести пациенту может быть трудно удерживать сложную информацию. Это не означает автоматической утраты способности принимать решения. Специалист делит информацию на короткие части, сопоставляет основные варианты и спрашивает, как пациент их понял. При необходимости дает краткий письменный план и сохраняет возможность повторного обсуждения решения.

Слишком много заданий за один прием может усилить невыполнение и чувство вины. На первом этапе выбирают две-три важнейшие цели. Например, начать лечение, стабилизировать часть распорядка дня и знать, с кем связаться по вопросам безопасности. Затем по мере расширения возможностей план дополняют. Это упрощение помощи, а не ее обесценивание.

15 Разграничение побочного эффекта и симптома

Если после начала лечения меняются усталость, сон или аппетит, уточняют источник изменений. Был ли признак раньше, когда он изменился после приема препарата, в какое время суток усиливается? Выслушивают субъективный опыт пациента. Избегают объяснять любое неудобство болезнью или любой симптом лекарством.

Решения о лекарствах врач принимает индивидуально. Пациенту объясняют, что о неудобствах следует говорить открыто, но нельзя самостоятельно резко прекращать прием. На случай опасных изменений должен быть план обращения за соответствующей помощью, не дожидаясь очередного назначенного приема. Эта глава не является руководством по выбору конкретного препарата или дозы.

16 Второй учебный пример: выявлен предыдущий эпизод

Условный пациент говорит, что нынешняя подавленность длительностью месяц возникла впервые. В последующей беседе выясняется, что три года назад у него также несколько месяцев отсутствовало удовольствие, он отстранился от работы и страдал бессонницей, после чего наступило длительное улучшение. Новые сведения могут не изменить текущую тяжесть, но дают основание пересмотреть рубрику течения.

Специалист уточняет критерии предыдущего эпизода и состояние в промежутке. Если рекуррентное течение подтверждается, F32.1 не сохраняют по привычке. Пациенту объясняют, что изменение кода связано не с внезапным утяжелением болезни, а с уточнением истории. Это различие важно для профилактики повторных эпизодов.

17 Не обесценивать остаточные симптомы

После лечения пациент говорит «я больше не плачу», но интерес, внимание и энергия еще снижены. Это хороший сдвиг, однако он может не означать полного восстановления. Остаточные признаки способны влиять на работу, отношения и последующий риск. Их не отодвигают как «мелочи», а обсуждают как следующую цель лечения.

В то же время не каждую сохранившуюся трудность нужно называть активной депрессией. Длительная безработица, проблемы отношений или привычки сна могут требовать отдельной помощи. Повторная клиническая оценка разграничивает остаточные симптомы и жизненные последствия и формирует план их совместного преодоления.

18 Вопросы для проверки клинического решения

Прежде чем выбрать F32.1, врач спрашивает себя: достаточно ли основных симптомов и длительности, какова интенсивность, оценил ли я функционирование на конкретных примерах? Спросил ли о прежних эпизодах и гипомании? Рассмотрел ли психоз, органические причины и влияние веществ? Оценил ли риск отдельно? Эти вопросы связывают классификацию с жизнью человека.

Не менее важны вопросы после назначения лечения: понял ли пациент план, участвовал ли в выборе, есть ли практические препятствия и как будет измеряться результат? Для каждого ответа не нужен длинный текст, но он должен отражаться в клиническом решении. Тогда название «эпизод средней тяжести» превращается в подходящий пациенту, проверяемый план помощи.

19 Практический итог главы

При F32.1 главное — не вопрос «может ли пациент еще что-нибудь делать?», а полная картина симптомов и функциональных трудностей. Точно придерживаются выбранного издания критериев, правильно толкуют соматический синдром и отдельно оценивают риск. Лечение превращают в согласованный с пациентом план с последующей оценкой результатов.

Источники

[12.1] WHO. ICD-10: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. F32.1, F32.10, F32.11. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[12.2] WHO. ICD-10: Diagnostic Criteria for Research. 1993. F32.1. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[12.3] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. Treatment for a new episode of more severe depression. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[12.4] NICE. Depression in adults. Quality statement 2: Discussing treatment options. https://www.nice.org.uk/guidance/qs8/chapter/quality-statement-2-discussing-treatment-options

13-ГЛАВА

Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов

Совместная оценка тяжелого страдания, функционирования и жизненно важных потребностей

F32.2

Отсутствие психотических симптомов не означает, что депрессия легкая или безопасная. При F32.2 эмоциональные, когнитивные и физические возможности человека могут быть резко ограничены. Пациенту трудно выполнять даже такие простые действия, как прием пищи, умывание, одевание или общение. Иногда его спокойствие создает у стороннего наблюдателя впечатление благополучия, однако за ним может скрываться выраженная заторможенность.

В этой главе рассматриваются распознавание тяжелой депрессии, ее отличие от психоза и обоснование необходимого уровня помощи. Глава не является индивидуальной схемой лечения. При непосредственной опасности, физическом истощении или неспособности ухаживать за собой экстренная клиническая оценка может потребоваться еще до окончательного оформления диагноза.

1 Критерии и клиническая гибкость

Клиническое руководство ВОЗ предполагает при тяжелом эпизоде наличие всех трех основных признаков и как минимум четырех дополнительных симптомов, причем некоторые из них должны быть значительно выражены. Обычная продолжительность составляет две недели, однако при очень быстром и тяжелом начале клинический диагноз может быть обоснован и после более короткого периода. [13.1]

Исследовательские критерии предусматривают наличие в общей сложности не менее восьми симптомов. Эти числа нельзя смешивать с перечнем симптомов из клинического руководства. В исследовании приоритетной задачей является стандартизация, а в клинической практике — понимание состояния пациента во всей его полноте. [13.2]

При выраженной ажитации или заторможенности пациент может быть не в состоянии подробно рассказать обо всех своих переживаниях. Неверно считать: «Он не ответил на вопрос, значит, симптома нет». Наблюдение, сведения близких и последующую оценку

объединяют; отмечают, какие выводы надежны, а какие ограничены имеющимися данными.

2 Ангедония и эмоциональная пустота

При тяжелой ангедонии пациент может говорить не просто об отсутствии удовольствия от привычных занятий, а об ощущении утраты самой способности испытывать удовольствие. Он знает, что любит свою семью, но страдает оттого, что не ощущает этого чувства. Такое состояние нельзя объяснить нравственным суждением «стал равнодушен к близким».

Некоторые пациенты говорят: «Не могу плакать» или «Внутри совсем пусто». Отсутствие слез не означает, что страдание невелико. Вместе с тем эмоциональное онемение может наблюдаться и при диссоциации, воздействии лекарств или других состояниях; необходимо учитывать клинический контекст.

3 Психомоторная заторможенность и ажитация

Заторможенность может проявляться замедлением речи, длительными паузами перед ответом, уменьшением двигательной активности и трудностью начать действие. Пациенту необходимо дать время, не торопя его. Истолкование его замедленности как сопротивления или лени нарушает общение.

При ажитации пациент, напротив, может не находить себе места, потирать руки, постоянно ходить или говорить о невыносимом внутреннем беспокойстве. Такая активность не означает хорошего запаса энергии. Среди причин ажитации наряду с тяжелой депрессией рассматривают акатизию, действие психоактивных веществ, смешанную аффективную картину и другие состояния.

При резко сниженной подвижности, отсутствии речи или необычных двигательных признаках оценивают вероятность кататонии и других неврологических или медицинских причин. Такое состояние нельзя автоматически объяснять обычной «тяжелой подавленностью». Могут потребоваться дополнительная оценка специалиста и обследование физического состояния.

4 Самообслуживание и соматический риск

Выясняют особенности приема пищи и жидкости, изменение массы тела, соблюдение гигиены, подвижность, прием жизненно важных лекарств и возможность безопасного проживания. Если пациент говорит: «Нет аппетита», уточняют, что именно он съел и выпил за день. Цель здесь не в контроле питания, а в том, чтобы не упустить нарушение удовлетворения жизненно важных потребностей.

При тяжелой депрессии без внимания могут оставаться и физические заболевания. Пациент может не сообщать о боли или не иметь сил попросить помощи. Клинический осмотр, необходимые обследования и сотрудничество со специалистом соматического профиля не конкурируют с психиатрической помощью, а являются ее частью.

5 Как мы оцениваем отсутствие психоза?

Выраженное самообвинение и безнадежность при тяжелой депрессии возможны и без психоза. Отдельно уточняют характерную для бреда непоколебимость убеждения, отношение к доказательствам и особенности оценки реальности. Фраза пациента «Я всех мучаю» сама по себе не является бредом; выясняют ее смысл, степень убежденности и контекст.

Беседу о галлюцинациях, нигилистическом или ином психотическом содержании проводят, не вызывая у пациента чувства стыда. Если из-за ограниченного контакта надежно оценить психоз невозможно, это ограничение фиксируют. Формулировка «не выявлено» должна позволять понять объем проведенной оценки.

6 Риск и формат помощи

Отдельно оценивают суицидальные мысли, намерения, прежние действия, ажитацию, вероятность психоза и условия пребывания в одиночестве. Однако риск не ограничивается суицидом: недостаточное питание, обезвоживание, неспособность ухаживать за собой или получать важное медицинское лечение также имеют значение.

Одному пациенту могут подойти интенсивная амбулаторная помощь и надежная поддержка, другому потребуется обследование в стационаре. Решение определяется реальной потребностью, а не самим кодом. Учитывают права и пожелания пациента; вместе с тем при непосредственной опасности соблюдают местные правовые и клинические процедуры. [13.3]

7 Общие принципы лечения

При тяжелой депрессии необходим план активного лечения, основанного на доказательствах. Один из вариантов — сочетание антидепрессанта с индивидуальной психотерапией; выбор определяется клиническим состоянием, предыдущим ответом на лечение, предпочтениями пациента и практическими возможностями. Формат психотерапии следует адаптировать к способности пациента удерживать внимание и к его силам. [13.3]

Вначале вместо длительных сложных заданий могут понадобиться короткие, понятные и выполнимые шаги. Неспособность пациента выполнить задание не должна превращаться в нравственную оценку «у него нет мотивации». По мере облегчения симптомов

интенсивность и объем работы увеличивают.

При тяжелой депрессии специалист может обсудить электросудорожную терапию, особенно если необходим быстрый ответ или другие методы лечения оказались недостаточными. При этом учитывают согласие, анестезиологическую и общую медицинскую оценку, соотношение пользы и риска, а также когнитивные эффекты. Ее объясняют как медицинский метод, не представляя наказанием и не навешивая ярлык «последняя надежда». [13.3]

8 Осторожная интерпретация первых улучшений

То, что пациент умылся или один раз улыбнулся в разговоре, не означает ремиссии. Аналогично, изменение уровня энергии и изменение безнадежности могут происходить не одновременно. Повторная оценка риска продолжается на протяжении всего лечения; кратковременный положительный сдвиг не отменяет наблюдение автоматически.

Рассматривают побочные эффекты, соблюдение режима приема лекарств, сон, питание и функционирование. Если пациент говорит: «Лекарство не помогает», вместо того чтобы считать это нетерпением, выясняют длительность и особенности приема, произошедшие изменения и возникший дискомфорт. Решения о лечении пересматривают с учетом новых сведений.

9 Учебный пример: тяжесть за внешним спокойствием

Условный пациент на приеме мало говорит, его голос тихий, на ответ требуется значительное время. Близкий говорит: «Он не ссорится, только лежит». В беседе выявляют почти полное отсутствие удовольствия в течение трех недель, сильное чувство вины, уменьшение приема пищи и неспособность ухаживать за собой. Внешнее спокойствие не уменьшает потребности в помощи.

При оценке наряду с депрессивным синдромом проверяют наличие делирия, кататонии, неврологического заболевания и действия лекарств. Прямо спрашивают о суициде, оценивают психоз. План помощи не ограничивается назначением даты психотерапии, а охватывает также физические потребности и безопасность.

10 Общение с близкими

Семье объясняют, что малоподвижность пациента может быть проявлением заболевания. Принуждение, обвинения или сравнение с другими могут не приносить пользы. Помощь должна быть простой и конкретной: безопасные условия, содействие посещению врача, поддержка питания и режима дня.

Вместе с тем близкие не должны брать на себя функции специалиста. Договариваются, при каких изменениях нужно обратиться незамедлительно, с кем связаться и какая помощь ожидается. Сохраняются конфиденциальность и согласие пациента с необходимыми исключениями, связанными с безопасностью.

11 Адаптация к замедленности на приеме

При тяжелой заторможенности несколько вопросов одновременно еще больше затрудняют ответ. Полезны короткие вопросы, достаточные паузы и неторопливое выслушивание. Необязательно сразу заполнять молчание новым вопросом. Уменьшение речи пациента не означает автоматически, что он не слышит или ничего не понимает. Способ общения адаптируют к его клиническим возможностям.

Иногда пациент общается кивками или короткими ответами. Специалист должен понимать ограничения сведений, полученных таким способом. Ответ «да» на длинный сложный вопрос не означает подтверждения всех его частей. Необходимые сведения выясняют по частям, проверяют понимание и дополняют непосредственным наблюдением.

12 Выраженное чувство вины и реальная ответственность

При тяжелой депрессии пациент может воспринимать обычную ошибку как доказательство полной несостоятельности своей личности. Не отрицая его реальной ответственности, специалист исследует, насколько глобальным и несоразмерным стал вывод. Необоснованное утешение «Вы ни в чем не ошиблись» может показаться пациенту неубедительным. Реальный факт отделяют от депрессивной интерпретации.

Например, пациент, опоздавший на работу, может думать: «Я всем испортил жизнь». В беседе рассматривают реальные последствия события и обобщение пациента. Если убеждение приобретает стойкий психотический характер, вновь оценивают F32.3 и другие возможные состояния. Поэтому чувство вины следует исследовать не только по интенсивности, но и по форме мысли.

13 Принятие решений и согласие

При тяжелой депрессии безнадежность может снижать ожидание пользы от лечения. Высказывание «Ничто не поможет» нельзя автоматически принимать за осознанный отказ или отсутствие способности принимать решения. Оценивают, может ли пациент понять информацию, применить ее к своему состоянию, сопоставить варианты и выразить выбор. Этот процесс связан с конкретным решением.

Информацию предоставляют короткими частями с учетом внимания пациента. Привлечение близкого человека может быть полезно в зависимости от согласия пациента и условий безопасности. Однако согласие близкого не подменяет автоматически права пациента. Если возникает вопрос о способности принимать решения или о непосредственной опасности, действуют в соответствии с местными правовыми нормами и порядком учреждения.

14 Объяснение направления в стационар

Пациент и семья могут воспринимать стационар как наказание или признак безнадежности. Специалист объясняет конкретную цель: обеспечение безопасности, восстановление питания и физического состояния, тщательное наблюдение за лечением или оперативная специализированная помощь. Не все тяжелые эпизоды лечат в одном формате, однако основание решения должно быть понятно.

Если выбрана амбулаторная помощь, она также должна быть активной и реально осуществимой. Определяют приемы, поддержку, обеспечение лекарствами и физические потребности, контакт для вопросов безопасности и действия при ухудшении. Общего факта «дома есть близкие» недостаточно; проверяют их реальные возможности и безопасность среды.

15 Клиническое наблюдение за питанием и движением

При тяжелом состоянии недостаточно оценивать питание только вопросом об аппетите. Рассматривают фактический прием пищи и воды, динамику массы тела, слабость и медицинские признаки. При необходимости привлекают специалиста соматического профиля. Вместо принуждения к еде или попыток пристыдить пациента выясняют причину трудности и степень риска.

Малоподвижность тоже может иметь различные причины: психомоторную заторможенность, боль, действие лекарств, неврологическую проблему или физическую слабость. Специалист соотносит план восстановления двигательной активности с этой картиной. Общей рекомендации «занимайтесь спортом» для сильно ослабленного пациента недостаточно; нужен поэтапный подход с учетом безопасности и возможностей.

16 Три области оценки ответа на лечение

Первая область — симптомы: настроение, ангедония, энергия, содержание мыслей и психомоторное состояние. Вторая — повседневное функционирование: питание, гигиена, выход из дома, общение и выполнение задач. Третья — безопасность: суицидальные

мысли, возможность ухаживать за собой и получать необходимую помощь. Все три области могут улучшаться с разной скоростью.

Например, пациент уже умывается и ест, но все еще испытывает сильную безнадежность. Мы признаем этот функциональный сдвиг, однако повторно оцениваем риск. Или пациент говорит: «Настроение немного лучше», но по-прежнему не может обеспечить основные потребности, оставаясь один. План лечения не сокращают на основании одного положительного признака.

17 Второй учебный пример: ошибочная интерпретация ажитации

Условный пациент на приеме быстро ходит, потирает руки и говорит: «Не нахожу себе места». Хотя внешне он выглядит активным, он жалуется на ангедонию, безнадежность и сильное страдание. Нельзя оценивать это как хорошую энергию или обычную нервозность. Проверяют связь ажитации с депрессией, акатизией, действием веществ и смешанным аффективным состоянием.

В беседе уточняют потребность во сне, скорость мыслей, изменения лекарственной терапии, употребление веществ и суицидальное намерение. Из-за неспособности пациента спокойно сидеть беседу можно разделить на короткие отрезки. Срочность и формат помощи определяют в соответствии с клиническим риском. Пример исправляет ошибочное представление «если движений много, депрессия не тяжелая».

18 Поддержка безопасности после улучшения

После тяжелого эпизода пациент может стремиться сразу вернуться к прежним рабочим и семейным ролям, или этого могут требовать от него. Однако уменьшение симптомов и восстановление устойчивого функционирования могут происходить не одновременно. Обсуждают постепенное возвращение, остаточные трудности и план поддержки. Чрезмерное испытание своих сил не должно сменяться страхом рецидива.

Записывают первые признаки эпизода, факторы, которые помогли, и план дальнейшего наблюдения. Пациент и семья знают, при каких изменениях следует обратиться раньше. Продолжение или изменение лечения осуществляют в соответствии с индивидуальным планом. Опыт тяжелого эпизода — не клеймо, определяющее все будущее пациента, а информация для последующей профилактики.

19 Краткая рефлексия для специалиста

Не принял ли я спокойствие пациента за безопасность? Конкретно ли спросил о пище, воде и гигиене? Проверил ли наличие психоза или счел его отсутствующим, потому что пациент сам о нем не сообщил? Указал ли в документации ограничения общения? Будет ли план лечения работать в реальных домашних условиях пациента? Эти вопросы возвращают внимание к основным потребностям при тяжелом состоянии.

Задача специалиста не только правильно выбрать код тяжести, но и организовать необходимую помощь человеку, который стоит за этим кодом. Клиническая точность, безопасность, уважение и сотрудничество дополняют друг друга. Даже когда пациент говорит очень мало, его достоинство, права и возможность восстановления остаются в центре общения.

20 Практические выводы главы

При F32.2 психоза нет, однако страдание, нарушение функционирования и угроза жизни могут быть серьезными. Критерии рассматривают вместе с клинической картиной; при ограниченном общении важны наблюдение и дополнительные сведения. Лечение, соматическую помощь, безопасность и наблюдение объединяют в единый план.

Источники

[13.1] WHO. ICD-10: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. F32.2. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[13.2] WHO. ICD-10: Diagnostic Criteria for Research. 1993. F32.2. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[13.3] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. More severe depression; electroconvulsive therapy; further-line treatment. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[13.4] NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations

14-ГЛАВА

Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами

Разграничение депрессивного страдания и нарушения оценки реальности

F32.3

При психотической депрессии к тяжелому депрессивному синдрому присоединяются бред, галлюцинации или другие тяжелые проявления, указанные в классификации. Объяснять это состояние просто как «очень сильную подавленность» недостаточно. Отдельно оценивают форму и содержание психотического симптома, его временную связь с депрессией и значение для безопасности.

Слово «психоз» может вызвать страх у пациента или семьи. Специалист объясняет его как клиническое описание, помогающее планировать лечение, а не как клеймо, поставленное человеку. Вопросы о психотических симптомах без осуждения уменьшают вероятность их сокрытия.

1 Условия применения F32.3

F32.3 применяется в рамках первого или единственного тяжелого депрессивного эпизода. При повторных эпизодах или биполярном течении выбирают другую соответствующую рубрику. Также изучают вероятность шизоаффективного, шизофренического, органического или связанного с веществами психоза. Наличие подавленности в данный момент не дает оснований называть любой психоз депрессивным. [14.1]

В клиническом руководстве ВОЗ описано присоединение к тяжелой депрессии бреда, галлюцинаций или депрессивного ступора. Исследовательские критерии содержат операциональные уточнения психотических признаков. Вместо того чтобы автоматически считать определенное двигательное состояние психозом, подробно проверяют кататонию, органические состояния и другие причины. [14.1; 14.2]

2 Чувство вины: мысль или бред?

Выраженное самообвинение широко распространено при депрессии. Пациент может думать: «Я плохой отец», но в разговоре замечать исключения, сомневаться и быть способным обсуждать свою мысль. При бреде убеждение может быть крайне стойким, несораз-

мерным реальным доказательствам и с трудом поддаваться коррекции с их помощью.

Решение не принимают только по необычности мысли. Учитывают культурную среду пациента, язык, религиозные взгляды и реальную ситуацию. Нельзя без контекста называть психозом религиозное выражение, привычное в определенном обществе. При этом объяснение культурой не должно становиться причиной пропуска тяжелого, индивидуального и разрушительного убеждения.

Вопросы направлены не только на содержание мысли, но и на степень убежденности: «Возможно ли другое объяснение?», «Как вы пришли к этому выводу?», «Как вы понимаете то, что ваши близкие говорят иначе?» Специалист стремится понять структуру переживания, а не победить в споре.

3 Бред разорения и ипохондрическое содержание

Пациент может вопреки финансовым фактам верить в полное разорение своей семьи. При ипохондрическом бреде может возникать непоколебимое убеждение в наличии тяжелого неизлечимого заболевания в организме. Такое содержание отличают от обычной тревоги о здоровье или реальных экономических трудностей.

Наличие реальной проблемы не исключает бред. Например, долг действительно существует, однако пациент может толковать его как грех, причинивший ущерб всей стране. Клиническая оценка отделяет реальный факт от психотической интерпретации. Отрицание реальной проблемы подрывает доверие пациента.

4 Нигилистический бред и синдром Котара

При нигилистическом содержании пациент может выражать твердое убеждение, будто его тело, органы, жизнь или мир не существуют. Синдром Котара — название клинического синдрома, включающего такие переживания; в МКБ-10 это не отдельный код депрессии для всех случаев. Он описан при тяжелых аффективных, психотических и неврологических состояниях. [14.3]

Такой пациент может считать прием пищи бессмысленным или отрицать свои физические потребности. Поэтому клиническое значение состоит не только в фиксации необычной мысли, но и в ее влиянии на питание, согласие на лечение и безопасность. Может потребоваться безотлагательная оценка соматического состояния.

5 Галлюцинация и внутренняя мысль

При психотической депрессии могут встречаться обвиняющие, унижающие или угрожающие голоса. Однако фраза пациента «У меня внутри голос» не означает автоматически галлюцинацию. Он может иметь в виду внутреннюю речь, руминацию, нежелательную мысль или собственно переживание восприятия. Уточняют источник, особенности ощущения, контроль и отношение к реальности.

При приказном содержании оценивают, насколько пациент верит ему, хочет ли выполнить приказ и способен ли остановиться. Недостаточно ограничиваться отметкой «голос есть/нет». Психотическое переживание и суицидальное намерение сначала рассматривают отдельно, а затем объединяют в клинической формулировке.

6 Психоз, соответствующий и не соответствующий настроению

Содержание, связанное с виной, наказанием, никчемностью и катастрофой, может соответствовать депрессивному настроению. Несоответствующее настроению содержание побуждает дополнительно рассмотреть другие психотические процессы, но само по себе не доказывает другой диагноз. Исследуют все течение, наличие или отсутствие психоза вне депрессии и другие симптомы.

В некоторых версиях классификации эту особенность уточняют пятым знаком. При кодировании указывают используемое издание; уточняющие признаки не переносят из других систем. Краткое и точное описание содержания в клиническом тексте может дать больше информации, чем код.

7 Временные связи в дифференциальной диагностике

Когда начался психоз: вместе с депрессией, до нее или он сохранялся и после улучшения настроения? Спрашивают о прежней мании, длительно сохранявшихся психотических симптомах, употреблении веществ, неврологических признаках и колебаниях сознания. На одном приеме эти сведения могут быть неполными.

При делирии важны острые изменения внимания и осознания, при органическом состоянии — другие медицинские данные, при психозе, связанном с веществами, — временная связь. Ставить F32.3 без проверки этих факторов опасно. Вместе с тем, пока диагноз уточняется, меры безопасности и необходимое лечение не откладывают.

8 Общение: признавать чувство, не подтверждать бред

Если пациент говорит: «Я всех погубил», нельзя соглашаться: «Да, это так». Ответ вроде «Я вижу, как вам страшно; у меня нет сведений, подтверждающих этот вывод, давайте проверим вместе» признает чувство, но не укрепляет психотическое убеждение.

Ожесточенный спор, насмешки или настойчивое повторение логических доводов часто снижают доверие. Врач удерживает общение вокруг безопасности, уменьшения страдания и согласования помощи. Уважение к пациенту и его личные границы важны даже при тяжелом состоянии.

9 Общее направление лечения

Психотическая депрессия требует специализированной психиатрической помощи. NICE рекомендует рассмотреть сочетание антидепрессанта и антипсихотика; выбор делают на основании обсуждения с пациентом, медицинских рисков и предыдущего ответа на лечение. Регулярно отслеживают психотические симптомы и побочные эффекты. [14.4]

В тяжелых случаях, требующих быстрого ответа или не отвечающих на другие методы лечения, может обсуждаться ЭСТ. Отдельно оценивают пользу и риски метода, согласие и медицинскую подготовку. Психотерапевтическая поддержка важна, но при остром психозе она не заменяет необходимого биологического лечения и экстренной помощи.

Даже после уменьшения психоза наблюдение продолжают. Отдельно рассматривают настроение, функционирование, суицидальные мысли, остаточный бред и соблюдение лечения. Не рекомендуется самостоятельно менять схему лекарств или прекращать их прием после одного-двух хороших дней.

10 Учебный пример: от чувства вины к психозу

Условный пациент на фоне тяжелой подавленности в течение месяца говорит: «Я сделал свою семью бедной». Сначала это кажется сильным чувством вины из-за реального долга. При подробной беседе выясняется его непоколебимая уверенность в том, что все банки разорились именно из-за его ошибки и что он не имеет права есть. К оценке психоза ведет не интенсивность содержания, а отношение к реальности и последствия для поведения.

В ходе оценки проверяют временную историю психоза, употребление веществ, соматическое состояние, питание и суицидальный риск. Семье объясняют, что важнее обеспечить необходимую помощь, чем спорить, пытаясь «переубедить» его. Дальнейший план одновременно учитывает безопасность и права пациента.

11 Безопасная обстановка при расспросе о психотических симптомах

Пациент может бояться рассказать о голосах или необычном убеждении. Он опасается насмешек, принудительного лечения или того, что семья узнает. Специалист задает вопрос как часть обычной клинической оценки: объясняет, что при сильной подавленности у некоторых людей могут появляться голоса, которых другие не слышат, или крайне стойкие пугающие убеждения. Вопрос не должен быть наводящим или устрашающим.

Если пациент не отвечает, не следует силой добиваться подтверждения. Для общения могут потребоваться время, доверие, а иногда несколько встреч. Однако при признаках серьезного риска молчание не принимают за безопасность. Наблюдение, сведения близких и клиническую потребность оценивают совместно. Неопределенность сохраняют в записи, а необходимую помощь не откладывают.

12 Слышать структуру, а не только содержание

Одна и та же фраза «Я плохой человек» может встречаться при обычной самокритике, депрессивной руминации, сверхценной идее или бреде. Различия раскрываются через степень стойкости мысли, возможность ее обсуждать, отношение к доказательствам и влияние на жизнь. Поэтому врач слушает не только слова, но и то, как сформирована мысль.

Значим и личный, культурно обусловленный язык пациента. Фраза «Я внутри умер» может быть метафорой эмоциональной пустоты; ее нельзя сразу называть нигилистическим бредом. Нужна уточняющая беседа, например: «Это ощущение или вы верите, что вашего тела действительно нет?» Различение метафоры и психотического убеждения требует осторожного использования клинических терминов.

13 Депрессивный психоз и религиозное чувство вины

Пациент с религиозными взглядами может говорить о грехе, наказании или прощении. Само по себе такое содержание не является психозом. Рассматривают обычные верования его сообщества, личную историю, реальное событие и индивидуальное изменение убеждения. Специалист оценивает не религию пациента, а форму и последствия клинического симптома.

Если пациент твердо считает себя причиной катастрофы во всем мире, не принимает никаких доказательств и отказывается от удовлетворения основных потребностей, чтобы наказать себя, это усиливает клиническую настороженность. Даже в такой ситуации общаются уважительно. При необходимости полезна консультация специалиста, знакомого с культурным контекстом, однако помощь по обеспечению безопасности не должна ждать этой консультации.

14 Психоз вне аффективного эпизода

В дифференциальной диагностике важна не только одновременность проявлений сегодня, но и их длительная взаимосвязь. Если голоса или бред долго сохранялись и в периоды нормального настроения, подробно рассматривают другие психотические рубрики. Если психоз возникает только вместе с тяжелым депрессивным эпизодом, вероятность аффективной связи повышается. Такое рассуждение требует полного анамнеза.

Ответ пациента «Так всегда» уточняют: действительно ли это непрерывно или он обобщает самый тяжелый период? Могут помочь прежние документы и, с согласия пациента, сведения близких. Если за один прием не удается полностью уточнить диагноз, формируют рабочее заключение и план наблюдения. Для организации лечения необязательно ждать окончательного ответа на все нозологические вопросы.

15 Связь психоза с питанием

Отказ от еды из-за отсутствия аппетита и убеждение, что человек не имеет права есть или его тело не работает, — не одно и то же. В обоих случаях возможен соматический риск, но клинический механизм и подход к общению различаются. Специалист выясняет причину отказа от пищи через собственное понимание пациента.

Близкие могут быть не в состоянии решить проблему одними усиленными уговорами или спорами. Необходимы медицинская оценка, лечение психотического симптома и план безопасного питания. Достоинство пациента сохраняют, однако нельзя легкомысленно относиться к нарушению жизненно важных потребностей. Соматическую и психическую помощь не разделяют.

16 Понимание причин несогласия на лечение

Психотическое убеждение может заставлять пациента воспринимать лекарство как яд или наказание. Другой пациент независимо от психоза боится побочных эффектов или отказывается из-за прежнего негативного опыта. Неверно записывать оба случая как одинаковое «отрицание». Оценивают понимание информации и влияние психоза на решение.

Специалист понятным языком объясняет цель лечения, варианты и риски. При необходимости отдельно оценивают способность принимать решения и непосредственную опасность. Соблюдают местное законодательство и порядок учреждения. Стремление договориться с пациентом не исключает мер безопасности, а безопасность не дает права на неуважительное отношение.

17 Второй учебный пример: отличие от метафоры

Условный пациент говорит: «Мое сердце умерло, я никого не люблю». При уточнении он не верит, что сердце действительно умерло, а страдает лишь от отсутствия чувства эмоциональной близости. Это может указывать на тяжелую ангедонию и эмоциональное онемение, но сама фраза не означает синдром Котара. С выводом о психотическом характере не торопятся.

Другой условный пациент непоколебимо убежден, что его внутренние органы исчезли, и поэтому считает прием пищи бессмысленным. Такая картина побуждает подробно оценить психотические и органические причины и проверить соматический риск. В двух примерах похожие слова, но разные клиническая структура и последствия. Умение увидеть это различие лежит в основе психопатологической беседы.

18 Беседа после уменьшения психоза

Когда пациент начинает поправляться, он может стыдиться своих прежних убеждений и поведения. Специалист объясняет их как симптомы периода болезни, а не как нравственный недостаток. Вместе с тем, если возникли реальные последствия для отношений или повседневной жизни, составляют план помощи в их восстановлении. Пациенту дают возможность обсудить прежние переживания без насмешек.

Повторно оценивают остаточные сомнения, вину, подавленность и риск. Исчезновение психотического симптома не означает завершения всего депрессивного эпизода. Наблюдают за когнитивным и функциональным восстановлением, неудобствами, связанными с лекарствами, и семейными отношениями. Продолжительность и изменения лечения определяются планом, согласованным со специалистом.

19 Основное объяснение для семьи

Семье объясняют, что цель не в согласии с убеждениями пациента и не в том, чтобы «победить» его в жестком споре. Его страх и страдание признают, а внимание направляют на реальную безопасность и помощь. Должно быть ясно, при каких признаках обращаться экстренно и с кем связываться по вопросам лекарств и приемов. Семья — партнер клинической помощи, а не ее замена.

Такое объяснение дают в рамках согласия пациента и конфиденциальности; необходимые для безопасности исключения рассматривают в соответствии с местными правилами. Члены семьи также могут испытывать страх и усталость. Выслушивание и согласование реальных задач укрепляют систему помощи, тогда как обвинение пациента или бесконечное усиление контроля могут ее ослабить.

20 Практические выводы главы

При распознавании F32.3 наряду с содержанием мысли оценивают ее форму, стойкость, отношение к реальности и течение во времени. Чувство вины не всегда является бредом, а внутренняя мысль не всегда является голосом. Но если выявлены психотические признаки, специализированную помощь, обеспечение безопасности и удовлетворение физических потребностей не откладывают.

Источники

[14.1] WHO. ICD-10: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. F32.3. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[14.2] WHO. ICD-10: Diagnostic Criteria for Research. 1993. F32.3. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[14.3] Tomasetti C, Valchera A, Fornaro M, et al. The ‘dead man walking’ disorder: an update on Cotard’s syndrome. International Review of Psychiatry. 2020;32(5–6):500–509. doi:10.1080/09540261.2020.1769881. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32500801/

[14.4] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. Psychotic depression; electroconvulsive therapy. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

15-ГЛАВА

И F32.9. другие и неуточненные депрессивные эпизоды

Не скрывать неопределенность, а клинически корректно ее выражать

F32.8

Наличие в классификации рубрик «другие» и «неуточненные» не означает поражения в диагностике. Клиническая картина не всегда бывает типичной, а информация на первом приеме может быть неполной. Важно, чтобы было понятно, почему выбраны эти коды, какие сведения имеются и каков план дальнейшей оценки.

Ошибочно использовать F32.8 и F32.9 как синонимы. Первый код применяется для других депрессивных эпизодов, второй — для неуточненного депрессивного эпизода. Полезно понимать это как различие между характером признаков у пациента и полнотой сведений, которыми располагает врач. Однако окончательный код всегда должен соответствовать правилам используемой официальной классификации. [15.1]

1 F32.8: что означает «другие»?

В клиническом руководстве ВОЗ под F32.8 рассматриваются эпизоды, не полностью соответствующие описаниям F32.0–F32.3, но общее клиническое впечатление указывает на их депрессивную природу. Эта рубрика не является удобной категорией для «любой подавленности». В тексте следует раскрыть, что именно не соответствует описаниям и почему состояние оценивается как депрессивный эпизод. [15.1]

Например, сочетание симптомов может не полностью укладываться в обычное описание степени тяжести. Но до этого рассматривают тревогу, расстройство адаптации, хроническое аффективное состояние, соматические причины или связь с веществами. F32.8 не должен становиться способом обойти дифференциальную диагностику.

В клинической записи после «F32.8» полезно привести краткое обоснование: какие признаки ведущие, какова продолжительность, насколько изменилось функционирование и в чем несоответствие стандартным рубрикам? Это позволяет следующему специалисту проверить диагноз и продолжить работу.

2 F32.9: недостаточность информации

F32.9 обозначает неуточненный депрессивный эпизод. В некоторых ситуациях сведения о депрессивном эпизоде есть, но их недостаточно для определения тяжести или других уточнений. К этому могут приводить, например, краткий документ из другого учреждения, ограниченная беседа или неполный анамнез.

Однако если неясно даже наличие депрессивного эпизода, автоматически ставить F32.9 необязательно. В соответствии с местными правилами выбирают рабочее описание на уровне симптомов или другой подходящий способ документирования. «Пока не знаем» и «депрессивный эпизод есть, его тип неясен» — не одно и то же.

Неуточненный код может временно применяться из-за экстренного характера приема, но он не отменяет дальнейшей оценки. Если записано, каких сведений не хватает и когда планируется их получить, код становится промежуточной отметкой, а не точкой остановки клинической работы.

3 Атипичная депрессия: термин и код не тождественны

В МКБ-10 атипичная депрессия входит в число включенных терминов F32.8. Однако автоматическое правило «есть атипичный признак, значит, F32.8» неверно. Учитывают эпизод в целом, течение и используемую версию классификации. [15.1; 15.2]

Под атипичными особенностями разные источники могут понимать разное содержание. В некоторых системах обсуждаются реактивность настроения, повышенная сонливость, усиление аппетита, ощущение тяжести в теле и чувствительность к отвержению. Этот термин нельзя механически приравнивать ни к понятию «соматический синдром» в МКБ-10, ни к спецификатору DSM.

Наличие у пациента длительного сна или повышенного потребления пищи само по себе не доказывает атипичную депрессию. Изучают режим сна, действие лекарств, соматическое состояние, биполярность и другие объяснения. Отдельное описание клинической особенности иногда дает более точную информацию, чем поспешное кодирование.

4 Маскированные и соматизированные проявления

Некоторые пациенты выдвигают на первый план не подавленность, а боль, усталость, нарушения пищеварения или другие физические трудности. Исторически это называли маскированной депрессией. Однако термин не позволяет считать депрессией любой необъясненный физический симптом.

Ищут самостоятельные доказательства депрессивного синдрома: удовольствие, настроение, энергия, самооценка, время и функционирование. Отсутствие выявленной причины при медицинском обследовании не доказывает автоматически диагноз депрессии. В то же время обнаружение соматического заболевания не исключает депрессию. Необходимо избегать ошибок в обе стороны.

Если критерии полного депрессивного эпизода выполнены, переходить в рубрику «другие» лишь из-за телесного характера жалоб необязательно. Код выбирают в соответствии со всей клинической картиной, а телесный способ предъявления жалоб сохраняют в описании. Это также предохраняет от трактовки боли пациента как «выдуманной».

5 Путаница с национальными модификациями

При поиске F32.8 в интернете могут появляться ICD-10-CM, ICD-10-GM или другие национальные системы. Наличие дополнительной цифры, названия или нового кода не дает оснований принимать их за правило основной МКБ-10 ВОЗ. Проверяют название и год источника.

В частности, английские термины «major depressive disorder», «other specified» и «unspecified» могут занимать разное место в разных системах. Сходство перевода не гарантирует юридической или статистической эквивалентности кодов. Основной ориентир книги — клиническое руководство ВОЗ по МКБ-10, а местную практику согласуют с ее официальными требованиями.

6 Уточнение плана повторной оценки

Если степень тяжести неясна, при следующей беседе глубже исследуют интенсивность симптомов и функционирование. Если неясно течение, получают сведения о прежних эпизодах, документы и, с согласия пациента, информацию от близких. При подозрении на органическую причину или действие веществ определяют план целевого обследования.

Повторная оценка нужна не для того, чтобы код выглядел красивее, а для корректировки решений о лечении. Например, если позже выявится гипомания в анамнезе, пересматривают всю стратегию. Или, если обнаруживается медицинская причина боли, прежде считавшейся «маскированной», новые сведения включают в клиническую формулировку.

7 Даже при неясном коде помощь должна быть конкретной

Если бессонница, неспособность ухаживать за собой или суицидальные мысли очевидны, нельзя приостанавливать помощь в ожидании уточнения кода. План безопасности, облегчения симптомов и поддержки основывают на имеющихся сведениях. Диагно-

стическая неопределенность не должна превращаться в клиническое безразличие.

Вместе с тем при неясном диагнозе избегают категоричных долгосрочных обещаний или заключений вроде «это лекарство на всю жизнь». Пациенту объясняют, что известно сейчас, что проверяют и когда решение будет пересмотрено. Это не подрыв доверия, а прозрачность.

8 Учебный пример: два вида неопределенности

В первом условном случае у врача есть подробный анамнез, но клиническая картина не полностью соответствует обычным описаниям F32.0–F32.3; имеются доказательства депрессивной природы и оценены альтернативные причины. Здесь возможно обоснованное рассмотрение рубрики «другие». Причину указывают в записи.

Во втором случае пациент пришел из другого учреждения с краткой информацией «депрессивный эпизод», но сведений о тяжести, времени и течении недостаточно. Здесь прежде всего нужно дополнить информацию. Привычное присвоение одного кода обоим случаям стирает клиническое различие.

9 Длительно сохраняющийся неуточненный код

Если F32.9 из года в год переписывают, сведения о течении состояния пациента могут теряться. Вновь выясняют, идет ли речь о новом эпизоде, остаточных симптомах, рекуррентном расстройстве или другом состоянии. Уважение к прежней записи не означает ее бесконечного повторения без проверки.

При аудите документации доля неуточненных кодов может указывать на качество информации, однако неверно считать каждый из них ошибкой. Учитывают условия приема, возможности пациента и ограничения доступа к сведениям. Цель не в обвинении врача, а в улучшении информации, необходимой для следующего решения.

Три источника неопределенности

Первый источник — недостаток информации: пациент устал, беседа ограничена, прежних документов нет или временная последовательность неясна. Второй — несоответствие картины типичной рубрике: признаки имеют депрессивную природу, но отличаются от стандартного описания. Третий — различия классификаций: термин одной системы занимает другое место в другой. Разделение этих трех ситуаций уменьшает многие ошибки кодирования.

При недостатке сведений основная задача — их восполнение. При необычной картине нужны обоснованное клиническое описание и дифференциальное рассуждение. При различиях классификаций проверяют официальный источник и версию. Одинаковая отметка «неуточненный» во всех случаях скрывает истинный источник проблемы и затрудняет дальнейшую работу.

10 Всегда ли краткая продолжительность означает F32.8?

F32.8 не выбирают автоматически лишь потому, что признаки сохраняются менее двух недель. Рассматривают клиническую картину, интенсивность, повторяемость, другие рубрики и правила исключений в руководстве. Для очень тяжелого эпизода с быстрым началом клиническое руководство предусматривает особую возможность; краткие повторные состояния могут требовать другого классификационного рассмотрения. Продолжительность — один из ориентиров, а не готовый код.

Если пациент нуждается в помощи сегодня, неправильно ждать, «пока пройдет две недели». Составляют план помощи на уровне симптомов, обеспечения безопасности и повторной оценки. Затем диагноз уточняют с учетом новых сведений о времени и динамике. Не следует приостанавливать клинические действия, связывая их с окончательным кодированием.

11 При атипичных особенностях не забывать о биполярности

У пациента с длительным сном, повышенным аппетитом или реактивностью настроения на внешние события изучают весь аффективный анамнез. Эти особенности не доказывают биполярность, но и не дают оснований ограничиваться ярлыком «атипичная униполярная депрессия». Спрашивают о прежних периодах изменения энергии и потребности во сне, поведенческих последствиях и семейном анамнезе.

Нужны и сведения об обычном режиме сна и питания пациента. Например, длительный дневной сон после ночной работы не следует поспешно трактовать как гиперсомнию. Изменение аппетита может быть связано с лекарствами, эндокринным состоянием или режимом жизни. Клиническую особенность оценивают как определенное изменение относительно прежнего состояния.

12 Ограничения метафоры «маски»

Термин «маскированная депрессия» может напоминать о необходимости искать депрессивные признаки за телесными жалобами. Но позиция «я знаю настоящую причину, а пациент говорит только о теле» нарушает общение. Боль и физическое страдание пациента признают реальными. Не отвергая их, специалист изучает также настроение и другие изменения в жизни.

Категоричное утверждение пациенту «У вас нет никаких физических проблем» может выходить за пределы проведенного обследования. Объясняют, какие причины проверены и какие вопросы остаются открытыми. Говорят, что депрессия и боль могут взаимодействовать, но это не готовая формула, доказывающая индивидуальную причину. Помощь учитывает обе области.

13 Обоснование в документации

При выборе F32.8 кратко записывают причину отнесения к «другим»: структуру симптомов, продолжительность или особенность, не соответствующую стандартному описанию. При выборе F32.9 указывают, каких уточняющих сведений нет. Такая запись — не искусственный подбор доказательств в оправдание кода, а раскрытие клинической мысли. Если обоснования нет, пересматривают сам код.

Если врач пишет «Не удалось определить тяжесть состояния пациента», он может указать и причину: ограниченное общение, неясность предшествующего периода или примесь другого состояния. Затем приводят план уменьшения этого ограничения. Если местные правила документирования регламентируют рабочий диагноз, их соблюдают. Клиническую неопределенность не скрывают ради административного удобства.

14 Пересмотр кода между приемами

Первоначальный неуточненный диагноз впоследствии может уточняться как легкий, умеренный или тяжелый эпизод. Или выявляются прежние эпизоды и осуществляется переход к рекуррентной рубрике. Иногда вместо предположения о депрессивном эпизоде обосновывают другой синдром. Такое изменение может свидетельствовать о качественном сборе информации; оно не означает автоматически, что работа была выполнена неправильно.

Причину изменения записывают с датой и объясняют пациенту. Бесследное удаление прежнего диагноза искажает историю. Конкретно обсуждают, как новый диагноз меняет прежнее лечение. Даже если он не влияет на лечение, изменение может иметь значение для дальнейшего наблюдения и профилактики.

15 Второй учебный пример: телесная жалоба и полный эпизод

Условный пациент пришел с головной болью и усталостью. В беседе выявлены сохраняющиеся месяц подавленное настроение, утрата удовольствия, снижение энергии, трудности сна и внимания, чувство никчемности и нарушение функционирования. Медицинские причины также проверены. Необязательно автоматически выбирать F32.8 лишь потому, что на первый план выходит телесная жалоба; оценивают тяжесть и течение полного эпизода.

У другого пациента такая же боль, но доказательств депрессивного синдрома недостаточно. Мы не спешим ставить ему ярлык «маскированная депрессия». Оценивают медицинские и другие психические причины, саму боль и ее влияние на жизнь. Два случая сходны по внешней жалобе, но имеют разное клиническое основание. Переход от названия симптома сразу к коду стирает это различие.

Третий учебный пример: путаница с версией источника

Условный специалист нашел в интернете код F32.8 с дополнительной цифрой и намерен внести его в документацию своего учреждения. При проверке источника выяснилось, что это модификация ICD-10 другой страны. Клинический смысл может быть сходным, но в местной системе код может не приниматься или иметь другое название. Проверяют официальные местные правила.

В этом случае интернет-поиск был полезным началом, но не окончательным источником. Указание версии в книге, на сайте и в электронной программе уменьшает такие ошибки. При переходе от одной классификации к другой автоматическое сопоставление также требует проверки. Особенно легко потерять смысл в похожих терминах «другие» и «неуточненные».

16 Вопросы для клинического аудита

При чтении документа с этими рубриками задают следующие вопросы: какие доказательства депрессивного эпизода имеются, что не уточнено или что нетипично, рассмотрены ли важные дифференциальные варианты? Оценены ли риск и функционирование? Есть ли план повторного приема? Понятна ли версия классификации? При наличии ответов даже «неуточненный» код может быть клинически содержательным.

Цель аудита — не принудительно уточнить все коды. Указывать точный код без достаточных сведений также неверно. Цель состоит в сохранении степени определенности, соответствующей доказательствам, и продолжении помощи пациенту. Признание неопределенности, описание ее причины и план ее уменьшения — важная часть профессионального клинического мышления.

17 Практические выводы главы

F32.8 может служить для обозначения особенностей картины, а F32.9 — недостатка уточняющих сведений. Их не применяют без клинического рассуждения. Атипичное или телесное предъявление жалоб не определяет код автоматически. Каждую неопределенность сопровождают планом сбора информации, повторной оценки и безопасной помощи.

Источники

[15.1] WHO. ICD-10: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 1992. F32.8–F32.9. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[15.2] WHO. ICD-10: Diagnostic Criteria for Research. 1993. F32.8–F32.9. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[15.3] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. Assessment and treatment planning. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[15.4] NIMH. Depression. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression

16-ГЛАВА

Рекуррентное депрессивное расстройство

F33

1 От текущего эпизода к целостному течению заболевания

Для установления рекуррентного депрессивного расстройства недостаточно показать наличие депрессии на сегодняшнем приеме. Врач исследует также прежние депрессивные эпизоды, восстановление между ними и периоды подъема настроения. Если текущие симптомы определяют тяжесть эпизода, то длительный анамнез объясняет, в рамках какого расстройства он протекает. Поэтому F33 одновременно отвечает на два вопроса: было ли заболевание раньше и каково состояние сейчас?

Различие между F32 и F33 нельзя понимать как «первое легкое, второе тяжелое». Первый эпизод может быть тяжелым, а следующий — легким. Повторяемость важна для плана лечения и наблюдения, но сама по себе не предопределяет тяжесть текущего эпизода. В диагнозе дополнительно указывают текущее состояние: легкий, умеренный, тяжелый без психоза, тяжелый с психозом эпизод или ремиссия. [1, 2]

2 Восстановление истории эпизодов

Если пациент говорит: «У меня это в третий раз», каждый период проверяют отдельно. Когда началось прежнее состояние, сколько длилось, насколько снизились удовольствие и интерес, что произошло с деятельностью? Бессонница, усталость или стресс того периода сами по себе не подтверждают депрессивный эпизод. Медицинские записи того времени, отпуск с работы, прием лекарств и сведения близких, полученные с согласия пациента, могут укрепить вывод.

Полезно отметить временную последовательность на бумаге. Для каждого предполагаемого эпизода указывают даты начала и окончания, симптомы, лечение, результат и степень надежности информации. Сведения «В 2018 году 3 месяца подавленности, прекращение работы, есть медицинская запись» отличаются от общего описания «Я нервный с молодости». Второе описание тоже важно, но не является доказательством эпизода.

Клиническое руководство ВОЗ подчеркивает разделение эпизодов промежутками без значимого расстройства настроения. Исследовательские критерии устанавливают более конкретные условия, например отсутствие значимых аффективных симптомов между

эпизодами на протяжении не менее двух месяцев. Следует записывать, какой набор критериев используется. Неверно представлять «несколько месяцев» из клинического текста и операциональную границу, установленную для исследования, как одну и ту же цитату. [1, 2]

3 Разграничение ремиссии и нового эпизода

Повторное ухудшение после частичного облегчения не всегда является новым эпизодом. Если ангедония, ранние пробуждения и чувство вины не исчезали полностью, это может быть продолжением или новым усилением прежнего эпизода. Напротив, если после длительного восстановления возникает новый полный синдром, рассматривают новый эпизод. Искусственное увеличение числа эпизодов искажает течение заболевания и результаты лечения.

Ремиссия — это не только «перестал плакать». Оценивают также сон, интересы, мышление, движение и повседневные задачи. Вместе с тем возвращение к работе не всегда означает полное исчезновение симптомов: некоторые пациенты работают, несмотря на серьезные трудности. При оценке необходимо сравнение с прежним функционированием пациента.

4 Исключение биполярного течения

Сколько бы ни было депрессивных эпизодов, вопросы о прежней мании или гипомании остаются необходимыми. Пациент может вспоминать такой период как «мое лучшее время». Выясняют снижение потребности во сне, чрезмерную активность без усталости, необычные траты, ускоренную речь, переоценку своих возможностей и изменения, замеченные близкими. При этом ошибочно превращать обычное хорошее настроение, поздний отход ко сну в отпуске или радость от успеха в гипоманию.

Детали интерпретации кратких периодов подъема после депрессии в клиническом и исследовательском изданиях ВОЗ неодинаковы. Поэтому вместо автоматического обозначения активации после антидепрессанта как «выздоровления» или «биполярности» изучают ее длительность, синдром, временную связь с препаратом и последующее течение. При появлении достоверного анамнеза мании прежнее заключение F33 пересматривают. [1, 2]

5 Дополнительные факторы и дифференциальная оценка

Эпизод, начавшийся после стресса, может быть проявлением рекуррентной депрессии. Наличие стрессора не опровергает F33. С другой стороны, считать депрессивным эпизодом несколько часов подавленности после каждого конфликта тоже необоснованно.

Основными критериями остаются длительность, целостность синдрома и изменение функционирования.

Проверяют соматические заболевания, действие лекарств, состояния, связанные с алкоголем или другими веществами. Например, прежде чем считать седацию после изменения дозы препарата новой депрессией, оценивают изменения сна и внимания, основной фон настроения и временную связь. Рекуррентные краткие эпизоды, дистимия, ПТСР и тревожные расстройства также могут осложнять клиническую картину.

6 Адаптация лечения к течению заболевания

Лечение текущего эпизода и снижение риска будущих рецидивов — связанные, но отдельные задачи. В первой стремятся уменьшить симптомы и риск, во второй — сохранить восстановление. Учитывают ранее эффективный метод, побочные эффекты, выбор пациента, сопутствующие заболевания и возможность соблюдать лечение. Код F33 не выбирает автоматически конкретный препарат.

При наблюдении записывают не только факт приема лекарств, но и функциональный результат. Какие ранее недоступные задачи пациент теперь выполняет, какие симптомы сохраняются, есть ли побочные эффекты? С пациентом, у которого эпизоды повторялись, недавно был тяжелый эпизод или сохраняются остаточные признаки, отдельно обсуждают план профилактики рецидивов. Продолжительность психотерапии и поддерживающего лечения определяют индивидуально. [3, 4]

7 Пример документирования

«Выявлены признаки текущего депрессивного эпизода и функциональные ограничения. Зафиксированы даты, продолжительность и восстановление при двух прежних предполагаемых эпизодах; один подтвержден медицинским документом. Целенаправленно собран анамнез мании/гипомании. Проверены вещества и соматические факторы. Рекуррентное течение обосновано; отдельно указаны тяжесть текущего эпизода и психотические признаки».

8 История заболевания: четыре отдельных слоя

Сбор анамнеза рекуррентной депрессии только вопросом «Сколько раз это было?» дает ограниченный результат. Первый слой — история синдрома: какие симптомы сочетались в каждом периоде? Второй — история функционирования: что пациент утратил в работе, учебе, отношениях и самообслуживании? Третий — история лечения: что рекомендовали и что в действительности было выполнено? Четвертый — контекст: какие социальные или медицинские события совпали по времени с симптомами?

Смешение этих слоев может привести к неверным причинным выводам. Например, депрессия могла начаться после потери работы, а могло быть и так, что пациент оставил работу из-за депрессии. В обоих случаях безработица затрудняет нынешнее восстановление, но история болезни трактуется по-разному. Врач выясняет последовательность событий, отделяя известное от предположительного.

Если сведений о прежнем эпизоде не хватает, не следует обвинять пациента словами «Вы неправильно помните». Причиной могут быть трудности памяти и внимания при депрессии, давность событий или отсутствие помощи в тот период. Документы и сведения близких, полученные с согласия пациента, помогают, но тоже не являются абсолютной истиной. Расхождения между источниками сохраняют в клинической записи.

9 Объединение биологического, психологического и социального объяснения

Код F33 выражает течение заболевания, а не его единственную причину. Выводы «Повторилось, значит, причина только биологическая» или «Возникло после стресса, значит, это не настоящая депрессия» необоснованны. Наследственная предрасположенность, ритм сна, соматическое состояние, привычки мышления и поведения, отношения и экономическое давление могут влиять друг на друга. Клиническая формулировка выделяет, какие из этих факторов подтверждены именно у данного пациента.

Предрасполагающий, провоцирующий и поддерживающий факторы — не одно и то же. Например, семейный анамнез может указывать на предрасположенность, резкая перемена на работе — предшествовать эпизоду, а последующие отстранение и нарушения сна — поддерживать симптомы. Модель применяется не для обвинения пациента или семьи, а для определения точек, в которых можно помочь.

10 Повторная оценка прежней эффективности

Информация «В прошлый раз это лекарство помогло» ценна, но нужны подробности. За какое время уменьшились симптомы? Восстановилось ли и функционирование? Не прекратили ли прием рано из-за побочных эффектов? Менялись ли одновременно психотерапия, режим сна или жизненные обстоятельства? Прежде чем связывать эффект только с одним средством, рассматривают эти сведения.

Проверяют и прежнюю неэффективность. Ситуацию, когда препарат не приобретался, принимался недостаточно долго или был отменен из-за побочных эффектов, нельзя называть полной резистентностью к лечению. Если были упущены биполярное течение, употребление веществ или соматическая проблема, план будет другим. Такая проверка — не обвинение пациента в «несоблюдении правил», а поиск конкретной причины неэффективности.

11 Не превращать рецидив в вину пациента

При начале нового эпизода пациент может думать: «Я перечеркнул прежнее лечение». Рецидив не означает, что предыдущее улучшение было ложным. Он может быть частью течения заболевания; вместе с тем оценивают изменяемые факторы, такие как сон, перерыв в лечении или новый стресс. Цель — не найти виновного, а улучшить дальнейший план.

Врач избегает обвиняющего заявления «Вы прекратили лекарство, поэтому сами во всем виноваты». Изучают, почему прием прекратился: возможны побочные эффекты, финансовые трудности, недостаток информации или недоступность службы помощи. Если перерыв в лечении считают связанным с эпизодом, это также объясняют осторожно и в соответствии с доказательствами. Доверие пациента к дальнейшей помощи важно для клинического результата.

12 Рекуррентная депрессия и сопутствующая боль

У пациента, живущего с хронической болью, настроение, сон и активность влияют друг на друга. Усиление боли может наращивать депрессивные симптомы, а депрессия — затруднять жизнь с болью. Однако нельзя отбрасывать боль как «только депрессию». Соответствующую соматическую оценку и лечение психического состояния проводят совместно.

При восстановлении истории эпизодов можно отдельно отмечать уровень боли и временную последовательность депрессии. Это защищает от объяснения всех симптомов одной причиной. Цель лечения также имеет два направления: восстановление настроения и интереса, улучшение безопасной активности несмотря на боль. Когда роль каждого специалиста ясна, противоречивых рекомендаций становится меньше.

13 Пример объяснения пациенту

«Мы сравниваем нынешний эпизод с прежними периодами. Это не означает, что заболевание у вас всегда протекает одинаково. Знание того, что помогало раньше и какие признаки возникали первыми, поможет точнее составить план на этот раз. Цель лечения — не только уменьшить нынешнее страдание, но и сделать дальнейшее восстановление устойчивым». Этот учебный пример адаптируют к реальному анамнезу и уровню понимания пациента.

Такое общение представляет диагноз не приговором, а картой совместной работы. Неопределенности также открыто сообщают пациенту: например, прежний эпизод еще не подтвержден или анамнез гипомании уточняется. Для доверия необязательно сразу отвечать на все вопросы; важно честно разделять известное и неизвестное.

14 Условный клинический пример

Учитель 42 лет обратился с двухмесячной подавленностью, утратой интереса и затруднением работы. Он сказал: «Так бывает каждую весну». На совместно составленной временной шкале выявились состояния в 2019 и 2022 годах, длившиеся несколько месяцев и завершившиеся хорошим восстановлением. А «эпизод» 2020 года оказался трехдневной бессонницей после семейного конфликта. Оснований включать этот трехдневный период как полный депрессивный эпизод не найдено.

В нынешнем состоянии тяжесть депрессивного синдрома оценивают отдельно. Прежние признаки гипомании и мании выясняют у пациента и у близкого, с которым беседуют с его согласия. В заключении фиксируют доказательства эпизодов, пока предположительный характер сезонности и текущую тяжесть. Избегают автоматического кодирования «F33.8, потому что было весной». В план лечения наряду с уменьшением симптомов включают распознавание ранних предупреждающих признаков.

15 Противоположный учебный пример

В другом учебном примере пациент 51 года говорит: «Депрессия возвращается у меня каждый месяц». В беседе выясняется, что ангедония и безнадежность непрерывно сохраняются полтора года, а в отдельные недели лишь снижается их интенсивность. Промежутки полного восстановления не подтверждаются. Неверно записывать эту историю как восемнадцать отдельных эпизодов. Врач оценивает затяжной эпизод, остаточные симптомы и частичный ответ. Пример учит выводить число рецидивов из синдромальных и временных критериев, а не только из обыденных слов пациента.

16 Вопросы для практического обсуждения

Если пациент описывает два периода «подавленности» перед нынешним тяжелым эпизодом, без каких доказательств не следует спешить переходить к F33? Ответ: необходимо подтвердить полный синдром в те периоды, длительность и состояние между эпизодами. Если после лечения потребность во сне уменьшилась, а активность необычно возросла, можно ли считать это только улучшением? Нет, оценивают гипоманию, манию, действие лекарства и другие причины. Если пациент вернулся к работе, но ангедония сохраняется, как записать результат? Функциональное и симптоматическое восстановление фиксируют отдельно.

Источники

[1] ВОЗ. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Раздел F33. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ВОЗ. Diagnostic criteria for research. Общие критерии F33. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE NG222. Depression in adults: treatment and management. Разделы об оценке и профилактике рецидивов. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[4] NICE QS8. Preventing relapse. https://www.nice.org.uk/guidance/qs8/chapter/Quality-statement-3-Preventing-relapse

17-ГЛАВА

И F33.1. текущий эпизод легкий или средней степени тяжести

F33.0

1 Два решения принимают отдельно

Перед выбором этих кодов необходимо обосновать рекуррентное течение. Затем оценивают тяжесть текущего эпизода. F33.0 означает состояние, при котором депрессивные эпизоды были и раньше, а нынешний протекает в легкой степени. При F33.1 на фоне такого же рекуррентного течения текущий эпизод имеет умеренную тяжесть. Код самого тяжелого прежнего эпизода не переносят на сегодняшнее состояние. [1, 2]

В обоих случаях слова «легкий» и «умеренный» используют для описания клинической картины, а не для преуменьшения страдания пациента. Нельзя заключать F33.0 потому, что человек ходит на работу, или F33.1 потому, что он остается дома. Условия работы, помощь семьи, профессиональная ответственность и возможность скрывать симптомы могут менять внешнюю активность.

2 Клиническая оценка при F33.0

При легком эпизоде к установленному сочетанию подавленности, уменьшения удовольствия и снижения энергии присоединяются дополнительные симптомы. Исследовательские критерии ВОЗ требуют не менее двух основных симптомов и не менее четырех симптомов в общей сложности. Обычно продолжительность составляет как минимум две недели. Этот подсчет нельзя отделять от клинической беседы и функционирования. [2]

Пациент способен выполнять часть повседневных задач, но затрачивает больше сил, чем обычно. Например, он продолжает вести уроки, однако подготовка занимает вдвое больше времени, а после работы сил на другую деятельность не остается. Важно спросить о затратах, скрывающихся за ответом «Я все делаю». Вместе с тем нельзя считать депрессию имеющейся у каждого человека, уставшего от работы.

Отдельно проверяют нарушения сна, аппетит, самооценку и безнадежность. О наличии мыслей о смерти спрашивают прямо и уважительно. Обозначение легкой тяжести не гарантирует отсутствия риска. При прежнем самоповреждении, употреблении веществ,

резкой утрате или непосредственной опасности план безопасности составляют независимо от диагностического кода.

3 Клиническая оценка при F33.1

При умеренном эпизоде комплекс симптомов шире или выраженнее, а трудности деятельности значительнее. Исследовательские критерии ВОЗ указывают как минимум два из трех основных симптомов и не менее шести симптомов в общей сложности. Однако само число не описывает состояние полностью. Совместно оценивают длительность, интенсивность, сохранение в течение дня и влияние на задачи. [2]

Могут возникать серьезные трудности в социальном общении, домашних делах и работе. Даже если пациент выполняет некоторые задачи, их качество или объем заметно снижаются. В диагностической беседе наряду с вопросом «Что вы больше не можете делать?» полезно спросить: «Какие задачи вы еще выполняете и каких сил это требует?» Такие вопросы объединяют субъективное страдание и объективную деятельность.

Не следует путать умеренную депрессию с тревожным беспокойством. Многоречивость пациента или неспособность усидеть на месте не исключает депрессию; это может быть ажитация. Но если одновременно присутствуют ускорение мыслей, снижение потребности во сне и избыток энергии, проверяют смешанные или гипоманиакальные признаки. При обнаружении психотических признаков код и тяжесть пересматривают.

4 Для чего нужен соматический синдром

F33.00 и F33.01, а также F33.10 и F33.11 приведены в изданиях ВОЗ для различения отсутствия и наличия соматического синдрома. Здесь «соматический» не означает любую физическую боль. Имеется в виду особый клинический комплекс с такими признаками, как резкая утрата интереса и эмоциональной реактивности, ранние пробуждения, ухудшение по утрам, психомоторные изменения и изменения аппетита. Его критерии проверяют по полному источнику. [1, 2]

Одной головной боли или дискомфорта в желудке недостаточно для кодирования «с соматическим синдромом». Эти жалобы могут сопутствовать депрессии, быть вызваны отдельным соматическим заболеванием или побочным действием лекарства. Смешение названия клинического синдрома с физическим симптомом уводит лечение в неверном направлении.

5 План лечения при легком эпизоде

Совместно с пациентом определяют цели: стабилизацию сна, уменьшение социальной изоляции, восстановление трудовой деятельности или управление повторяющимися негативными мыслями. Обсуждают психообразование, поведенческую активацию, когнитивно-поведенческий подход и другие подходящие психологические методы. Даже при выборе выжидания и наблюдения должны быть конкретная дата повторного приема и порядок обращения при ухудшении.

При менее тяжелой депрессии необязательно автоматически делать антидепрессант первым выбором для всех. Рекуррентное течение, прежняя эффективность, желание пациента и другие клинические факторы влияют на обсуждение фармакотерапии. Сведения о прежнем хорошем ответе проверяют: уточняют название препарата, продолжительность приема, соблюдение режима и побочные эффекты. Общего воспоминания «какое-то лекарство помогло» недостаточно. [3]

6 Лечение и наблюдение при умеренном эпизоде

При умеренном состоянии психологическое лечение, антидепрессант или их сочетание обсуждают с учетом клинической потребности и выбора пациента. План лечения не заканчивается выпиской препарата: он включает повторную оценку симптомов, функционирования, побочных эффектов и риска. Если сохраняются подозрения на биполярное течение, вещества или соматический фактор, их проверку продолжают.

Использование одного и того же способа измерения при наблюдении помогает понимать динамику. Результат шкалы рассматривают вместе с изменениями в жизни пациента. Если балл снизился, но пациент не смог вернуться к работе, нужен дополнительный план функционального восстановления. Отсутствие уменьшения симптомов не означает немедленно «резистентность»; вновь проверяют режим приема, переносимость дозы, длительность и диагноз.

7 Различение легкой и умеренной тяжести в повседневной жизни

Измерение тяжести только количеством симптомов может преуменьшать реальное состояние пациента. У двух людей с одинаковым числом симптомов различаются интенсивность, длительность и влияние на функционирование. Один пациент выполняет задачи медленно и с большим напряжением, другой не способен выполнить существенную часть обычной работы. Наряду с выбранными критериями МКБ-10 фиксируют и эти качественные различия.

Например, трудности внимания могут создавать риск серьезных расчетных ошибок у бухгалтера и проблему безопасности у водителя. Сама профессия не меняет степень тяжести автоматически, но может требовать временной адаптации условий труда. Врач описывает медицинское состояние; с пациентом обсуждают практическое решение о нагрузке и безопасности.

8 Что означает активное наблюдение при F33.0?

Если пациент с легким эпизодом пока не хочет определенного лечения, активное наблюдение не означает оставления без помощи. Оно включает объяснение симптомов, имеющуюся поддержку, самообслуживание и четкий порядок повторного осмотра. Договариваются, при каких признаках нужно обращаться, не дожидаясь назначенной даты. Если пациент не пришел на повторный осмотр, нельзя предполагать, что он «выздоровел».

При менее тяжелой депрессии обсуждают варианты психологической помощи и предпочтения пациента. При рекуррентном течении, прежнем хорошем ответе на лекарство или уже действующем плане профилактического лечения фармакологическое решение может быть иным. Поэтому неверны и правило «при F33.0 лекарства никогда не нужны», и правило «раз повторилось, лекарства обязательны». Решение основывают на клиническом анамнезе и согласовании с пациентом.

9 Расстановка приоритетов при F33.1

Попытка одновременно решить все проблемы при умеренном эпизоде чрезмерно нагружает пациента. Сначала определяют приоритетные цели, такие как сон и питание, основные повседневные задачи, безопасность и начало лечения. Затем добавляют этапы восстановления активности, отношений и возвращения к труду. Эти этапы не являются жестким календарем; их адаптируют к динамике пациента.

Психотерапевтические задания также должны соответствовать энергии и вниманию пациента. Невозможность выполнить большое письменное задание не означает сопротивления или отсутствия мотивации. Можно сократить задание, начать его вместе на приеме и превратить в конкретное действие в жизни. Специалист поддерживает активное участие пациента, но учитывает и ограничение его возможностей вследствие эпизода.

10 Наблюдение за ответом на лечение в трех измерениях

Первое измерение — симптомы: что изменилось в настроении, ангедонии, энергии и дополнительных признаках? Второе — функционирование: к каким задачам пациент вернулся, какие пока трудны? Третье — переносимость лечения: есть ли побочные эф-

фекты, трудности приема или препятствия для посещения психотерапии? Если улучшилось лишь одно измерение, результат не объявляют полным.

Например, сон может улучшиться быстро, а ангедония и безнадежность сохраняться. Или симптомы уменьшаются, но лекарственная сонливость мешает работать. Тогда вместо объяснения жалобы пациента лишь тем, что «болезнь еще не прошла», вновь оценивают пользу и нагрузку лечения. Изменение лекарств проводят по согласованию со специалистом.

11 Частые ошибки

Первая ошибка — переносить прежний диагноз без текущего осмотра. Вторая — выводить суицидальный риск из названия тяжести: легкий или умеренный эпизод не освобождает от вопросов о риске. Третья — объявлять лекарство неэффективным после нескольких дней приема без результата. Четвертая — считать работу пациента ремиссией. Пятая — приравнивать соматический синдром к обычной головной боли или сердцебиению. Каждая ошибка возникает из-за пропуска определенной части клинической беседы; исправление тоже начинается с возвращения к этой части.

12 Какие договоренности остаются к концу приема?

После оценки легкого или умеренного эпизода у пациента должен остаться понятный план. В нем содержатся основание текущего диагноза, выбранная помощь, ожидаемые изменения, побочные эффекты, за которыми нужно следить, и порядок дальнейшего общения. Если конкретное вмешательство пока не начинают, записывают причину и план повторного осмотра. Общий совет «берегите себя» не является полноценным планом.

Чтобы проверить понимание плана, можно попросить пациента пересказать его своими словами. Это не экзамен, а проверка ясности общения. Поскольку при депрессии возможны трудности внимания и памяти, важную информацию также предоставляют в краткой письменной форме. Если участвует близкий человек, это должно соответствовать согласию пациента и границам конфиденциальности.

13 Сопутствующая тревога и проблемы сна

При F33.0 или F33.1 тревога может быть сильной. При этом субъективное страдание пациента велико, но критерии текущей тяжести депрессии оценивают отдельно. Для лечения тревоги необходимо понять ее вид: общее беспокойство, панические атаки, обсессивные мысли или симптомы, связанные с травмой, — не одно и то же. Если подтверждено самостоятельное тревожное расстройство, его отражают в клиническом плане.

При проблемах сна также недостаточно думать только о снотворном. Спрашивают о времени сна, дневном сне, сменной работе, кофеине, алкоголе, боли и признаках апноэ сна. Причиной бессонницы может быть депрессия, но возможна и сопутствующая проблема. Улучшение сна — важная часть лечения, однако не единственный критерий полной ремиссии.

14 Краткая структура клинической записи

При описании текущего эпизода можно сначала указать длительность и основные симптомы, затем дополнительные признаки и функционирование, после этого риск и дифференциальный диагноз. Для рекуррентного течения добавляют обоснование прежних эпизодов и промежутков между ними. В конце записывают выбранный код, решение о лечении и план повторного осмотра. Эта структура предназначена не для копирования готового текста, а для предотвращения пропуска важной области.

Например, вместо двух фраз «F33.1, состояние умеренной тяжести» описывают, какие признаки обосновывают эту тяжесть. На следующем приеме сравнивают динамику именно этих признаков. Так документация превращается из административной записи в инструмент отслеживания клинического решения.

15 Два условных случая

У первого пациента два прежних эпизода подтверждены документами. За последние три недели снизились интерес и энергия, нарушился сон, уменьшилась уверенность в себе. Рабочая деятельность сохраняется, но затруднена; признаков психоза, мании и неотложного риска не выявлено. Если полная беседа подтверждает легкий эпизод, может быть обоснован F33.0. Определяют цели лечения и повторную оценку в ближайший срок.

У второго пациента также есть рекуррентный анамнез, но сейчас он уже шесть недель не способен выполнять многие задачи, страдает от ангедонии, снижения энергии, трудностей внимания, бессонницы и чувства вины. Психоз не выявлен. Если полная текущая картина соответствует умеренному эпизоду, выбирают F33.1. Легкость прежнего эпизода не дает оснований сохранять оценку нынешнего состояния как легкого.

16 Учебная ситуация на границе эпизода

В учебном случае у учителя 40 лет ранее было два депрессивных эпизода. Сейчас он описывает подавленность, снижение энергии и нарушение сна, но при расспросе об ангедонии и других признаках данные остаются неясными. Вместо автоматического

повторения прежнего кода F33.1 врач проверяет текущие критерии. В дополнительной беседе уточняют интенсивность симптомов и влияние на функционирование. Код выбирают по нынешнему эпизоду, а не по самому тяжелому эпизоду в анамнезе.

В этой ситуации избегают обесценивающего высказывания пациенту «Раньше у вас была умеренная, а теперь легкая». Степень тяжести — не сравнение страдания человека с чужим, а средство уточнения клинического плана. При легком эпизоде пациент также имеет право на помощь и нуждается в ней.

Источники

[1] ВОЗ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F33.0 и F33.1. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ВОЗ. Diagnostic criteria for research. F32 и F33. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE NG222. Treatment for a new episode of less severe depression; treatment for a new episode of more severe depression. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

18-ГЛАВА

И F33.3. текущий эпизод тяжелый

F33.2

1 Раздельная оценка тяжести и психоза

F33.2 обозначает текущий тяжелый эпизод рекуррентного депрессивного расстройства без психотических симптомов, а F33.3 — тяжелый эпизод с психотическими симптомами. В обоих случаях должна быть обоснована история прежних эпизодов. Если это первый в жизни депрессивный эпизод и прежние эпизоды не подтверждены, рассматривают рубрику F32. При установлении диагноза слова «тяжелый» и «психотический» не заменяют друг друга. [1, 2]

При тяжелой депрессии способность пациента выполнять повседневные задачи может резко ограничиваться, затрудняются самообслуживание, питание или принятие решений. Однако внешние проявления не всегда одинаковы: один человек очень медлителен и немногословен, другой беспокоен, непрерывно ходит и много говорит о своем страдании. Внешнее спокойствие не является доказательством безопасности.

2 Клиническое обоснование F33.2

При тяжелом эпизоде без психоза основные депрессивные признаки представлены широко и выраженно. Исследовательские критерии ВОЗ предусматривают все три основных симптома и не менее восьми симптомов в общей сложности. В клиническом руководстве важное место при оценке тяжести занимают интенсивность симптомов и их практическое влияние. Для фиксации симптома выясняют его действительное наличие, длительность и то, не объясняется ли он лучше другой причиной. [1, 2]

Сильное чувство вины, никчемности и безнадежности возможно и без психоза. Если пациент тяжело переживает мысль «Я недостаточно уделял внимания детям», проверяют ее основания, стойкость и способность принять альтернативное объяснение. Неправильно называть любую негативную мысль «бредом». Эта ошибка влияет на сотрудничество с пациентом и выбор лечения.

3 Психотические признаки при F33.3

При психотической депрессии бредовые убеждения или галлюцинации проявляются вместе с депрессивным эпизодом. Могут встречаться темы вины, исчезновения или прекращения работы тела, финансовой катастрофы. Оценивают не только содержание, но и отношение к действительности, степень убежденности и реакцию на коррекцию. Нигилистические переживания, такие как феномен Котара, следует описывать клинически точно, не придавая им сенсационного характера.

Запись о соответствии или несоответствии психотического содержания настроению обогащает клиническое описание. Однако само несоответствие настроению не подтверждает шизофрению. Выясняют, был ли психоз вне депрессивного эпизода, есть ли формальное расстройство мышления, негативные симптомы, связь с веществами или неврологическим состоянием. Решающее значение имеет все течение заболевания.

4 Неотложные клинические задачи

Прежде всего оценивают жизненно важные потребности и непосредственную опасность. Достаточно ли пациент пьет воды, ест, двигается, может ли безопасно принимать лекарства? Выясняют мысли о самоповреждении, намерение и план, поведение под влиянием психоза, ажитацию и возможности поддержки. Нельзя завершать оценку риска одной шкалой или одним ответом «нет».

При спутанности сознания, резких колебаниях внимания, лихорадке или недавних соматических изменениях срочно проверяют делирий и другие медицинские причины. Мутизм, ступор, негативизм или необычные двигательные состояния могут указывать на вероятность кататонии. Вывод «депрессия тяжелая» не заменяет проверки этих отдельных синдромов.

Необходимость стационарной помощи определяется тяжестью симптомов, риском, приемом пищи и жидкости, возможностями семьи и надежностью амбулаторного наблюдения. Учитывают права пациента, способность принимать решения и требования действующего законодательства. При организации помощи выбирают наименее ограничивающие, но достаточно безопасные условия.

5 Принципы лечения

При тяжелой депрессии без психоза совместно планируют фармакотерапию, структурированную психологическую помощь и функциональную поддержку. Прежнее эффективное лечение и его переносимость важны, но старый рецепт не копируют автоматически. Вновь рассматривают нынешнее соматическое состояние, новые лекарства, возрастные риски и выбор пациента.

При психотической депрессии рекомендации NICE предусматривают рассмотрение сочетания антидепрессанта и антипсихотика под наблюдением специалиста. Продолжение лечения после исчезновения психоза также планируют индивидуально. Электросудорожная терапия может обсуждаться при угрожающих жизни состояниях, требующих быстрого ответа, или недостаточной эффективности других методов лечения. Отдельно рассматривают ее пользу, риски, влияние на память и процесс получения согласия. [3]

Неверно ожидать от пациента с тяжелым эпизодом немедленного выполнения сложных когнитивных заданий. Сначала стабилизируют безопасность, сон, питание и контакт. Психотерапевтическое общение должно быть кратким, ясным и уважительным. Вместо спора с содержанием психоза или его подтверждения признают болезненность переживания и направляют внимание на безопасность и лечение.

6 Важное различие в документировании

«Пациент чувствует себя виноватым» и «бред вины, не меняющийся вопреки доказательствам» — не одинаковые записи. В документации разделяют слова пациента, наблюдения врача и клиническую интерпретацию. Если беседы пока недостаточно для оценки психоза, вместо категоричного «психоза нет» отмечают ограничение оценки. Также ясно записывают риск и основания решений.

7 Способ общения при выявлении психотического симптома

Проверка психоза не ограничивается вопросом «Вы слышите голоса?». Пациент может стесняться такого вопроса, бояться его или не называть свой опыт голосом. Сначала открыто спрашивают о его страдании и убеждениях: «Что вас пугает больше всего?», «Откуда вы знаете, что виноваты?», «Что вы думаете, когда другие не согласны с этой мыслью?» Затем переходят к конкретным психопатологическим признакам.

Различие между бредом и руминацией определяется не только содержанием. В обоих случаях возможна тема вины или болезни. Важны стойкость убеждения, отношение к противоположным доказательствам, критическая оценка и вся клиническая картина. Нельзя без контекста обозначать религиозные или культурные взгляды пациента как психоз. Вместе с тем нельзя оставлять без внимания опасный бред за культурно привычным выражением.

8 Незаметная тяжесть

Некоторые пациенты приходят на прием опрятными, говорят вежливо и удерживают самообладание в короткой беседе. Это не исключает тяжелой депрессии. Необходимо спросить о жизни вне приема: может ли пациент приготовить еду дома, пьет ли жид-

кость, сколько времени нужно, чтобы встать с постели, способен ли заботиться о ребенке или другом зависимом от него человеке? Между внешним видом и функциональным состоянием может быть большой разрыв.

При психомоторной заторможенности беседе дают время. Частая смена вопросов из-за задержки ответа увеличивает трудности пациента. При беспокойстве пациент, напротив, может не усидеть на месте и резко выражать свое страдание. Нельзя воспринимать это лишь как «недисциплинированность». Различают психомоторные признаки, тревогу, акатизию и смешанные аффективные симптомы.

9 План безопасности: чего недостаточно?

Просьба к пациенту «Пообещайте не причинять себе вреда» не заменяет полноценный план безопасности. План должен учитывать текущий риск, способность пациента принимать решения и обращаться за помощью, поддержку близких и доступ к экстренным службам. В соответствии с согласием пациента и местными правовыми требованиями можно обсудить и ограничение доступа к опасным средствам.

Нельзя возлагать всю ответственность на семью. Вместо общего указания «присматривайте» конкретно объясняют, при каких признаках и как действовать. Если домашнее наблюдение реально не обеспечивается или риск высок, среду оказания помощи пересматривают. Оценивают и усталость, и возможности семьи; она не заменяет профессиональную службу.

10 Даже при уменьшении психоза наблюдение продолжается

Исчезновение психотических симптомов не означает полной ремиссии депрессивного синдрома. Даже если пациент перестал слышать голоса, безнадежность и суицидальные мысли могут сохраняться. И наоборот, если настроение будто улучшилось, но бред вины остался, нельзя считать риск полностью уменьшившимся. Каждую группу симптомов и функционирование отслеживают отдельно.

Также проверяют лекарственную сонливость, двигательные побочные эффекты и метаболические изменения. Замедленность пациента связана с депрессией, действием препарата или обоими факторами? Этот вопрос важен для клинического решения. Отсутствие вопросов о побочных эффектах может привести к самостоятельному прекращению приема лекарств. Цель лечения не ограничивается подавлением симптомов; должна восстанавливаться способность пациента жить и участвовать в жизни.

11 История прежнего эпизода с психозом

Если прежний депрессивный эпизод протекал с психозом, это не делает текущий эпизод автоматически F33.3. Проверяют наличие психоза сейчас. Но прежняя история может показать, на какие признаки рано обращать внимание при наблюдении. Например, если в прежнем эпизоде сначала возникла ипохондрическая тревога, затем перешедшая в бред, изменения в этой теме сейчас оценивают особенно внимательно.

При выписке из больницы документ не должен состоять только из кода и лекарств. Записывают, какие симптомы устранены, какие остались, когда следующий осмотр и при каких признаках риска требуется экстренное обращение. Четкое распределение ответственности и порядка связи при переходе к амбулаторному специалисту помогает уменьшить перерывы в лечении пациента.

12 Согласование целей лечения при психотической депрессии

Из-за бредовой вины пациент может думать, что «не заслуживает» лечения. В такой ситуации одной обычной мотивационной беседы может быть недостаточно; оценивают психоз, риск и способность принимать решения. Специалист признает страдание пациента и объясняет помощь как защиту и лечение, а не наказание. Близких также направляют к уважительному отношению к пациенту без поддержки бредовой мысли.

Начальные цели лечения могут быть самыми основными: безопасность, жидкость и пища, сон, установление контакта. Затем добавляют уменьшение психотических и депрессивных симптомов, восстановление функционирования и профилактику. Иногда эти этапы идут одновременно. От пациента в тяжелом состоянии не требуют немедленного сложного психологического анализа или крупных жизненных решений.

13 При сочетании с соматическим заболеванием

У пожилого пациента или пациента с соматическим заболеванием тяжелая депрессия усложняет клиническую картину. Потеря веса, неподвижность, боль и когнитивные трудности могут иметь несколько причин. Диагноз депрессии не прекращает соматическое обследование, а соматическое заболевание не отрицает психического страдания. При лечении учитывают взаимодействие лекарств и функции органов.

Новую спутанность или колебания внимания у пациента нельзя принимать за обычную депрессивную заторможенность. Проверяют такие причины, как делирий, инфекция, метаболическое нарушение и действие лекарств. Клинически это различие важно: одинаковое описание «перестал разговаривать» может требовать разной срочности и лечения.

14 Разговор об ЭСТ без стигмы

При обсуждении электросудорожной терапии страх пациента и семьи естественен. Специалист объясняет цель метода, современные условия проведения, возможную пользу и побочные эффекты. Обсуждают когнитивные эффекты, в том числе влияние на память, риски анестезии и альтернативы. Не дают обещаний «никакого риска нет» или «полностью излечивает всех».

Решение об ЭСТ опирается на индивидуальную оценку, клиническую тяжесть, необходимость быстрого ответа, прежнюю эффективность и соответствующие правовые требования. Эта глава не призывает самостоятельно выбирать метод; она объясняет, что при тяжелой депрессии иногда необходима специализированная помощь, выходящая за рамки обычной амбулаторной беседы.

15 Условные случаи

В первом случае пациент 51 года, ранее перенесший два депрессивных эпизода, большую часть времени проводит в постели, не испытывает удовольствия, его аппетит резко снижен, принимать решения он не способен. Он считает себя лишней обузой для семьи, но может обсуждать эту мысль; психотические переживания не выявлены. Вероятность F33.2 обосновывают синдромом, анамнезом и оценкой риска. Отсутствие психоза не означает, что интенсивная помощь не нужна.

Во втором случае пациент отказывается от пищи с непоколебимым убеждением «Я разорил всю семью, всех ждет наказание», хотя финансовые документы показывают обратное. Убеждение появилось во время депрессивного эпизода, между прежними эпизодами психоз не наблюдался. Оценивают вероятность психотической депрессии, одновременно проверяя вещества, делирий и другие психотические расстройства. Помощь начинается с обеспечения питания и безопасности.

16 Краткая ситуация для клинического анализа

В учебном примере пациент говорит: «Я тяжелая обуза для семьи». В первом случае он признает, что эта мысль может быть чрезмерной, и обсуждает доказательства. Во втором он твердо убежден, что стал причиной смерти членов семьи, хотя они живы и находятся в безопасности. Связанное с виной содержание не делает оба случая одинаковыми. В первом подробно оценивают депрессивную когницию, во втором — вероятность психоза. В обоих отдельно спрашивают о суицидальном риске; сохраненная критика не сводит риск к нулю.

[1] ВОЗ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F32.2–F32.3 и F33.2–F33.3. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ВОЗ. Diagnostic criteria for research. F32 и F33. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE NG222. Psychotic depression; electroconvulsive therapy for depression. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

19-ГЛАВА

Рекуррентная депрессия в ремиссии

F33.4

1 Ремиссия не означает отсутствия лечения

Для применения кода F33.4 в анамнезе пациента должно быть подтверждено рекуррентное депрессивное расстройство, а в настоящее время критерии депрессивного эпизода не должны выполняться. Врач не отвергает ремиссию на том основании, что пациент принимает лекарства или посещает психотерапию. Стабильность может быть результатом именно этого лечения. С другой стороны, слов пациента «Мне хорошо», оживленного выражения лица или выхода на работу самих по себе недостаточно для F33.4. Заново оценивают текущее настроение, ангедонию, энергию, сон, мышление и риск. [1, 2]

Неправильно объяснять ремиссию обещанием «болезнь больше никогда не вернется». Термин означает отсутствие активного эпизода в определенный момент. Клиническая задача состоит не в обозначении пациента как пожизненно больного, а в сохранении достигнутого восстановления и готовности к ранним предупреждающим признакам.

2 Симптоматическое и функциональное восстановление

При уменьшении симптомов не все области жизни восстанавливаются одновременно. Например, даже если человек вновь начинает испытывать интерес, после длительного эпизода темп работы, уверенность в себе или активность в отношениях могут восстанавливаться медленно. Иногда, напротив, пациент работает, но по вечерам сохраняются сильное истощение, безнадежность и нарушение сна. Поэтому наряду с вопросом «Сколько вы работаете?» необходим и вопрос «Сколько сил требует от вас работа?».

К остаточным симптомам не относятся безразлично. Нарушения сна, частичная ангедония, тревога, трудности внимания или негативная самооценка могут иметь клиническое значение для повторного ухудшения. Но и называть любую усталость депрессией нельзя. По данным анамнеза и осмотра проверяют такие возможности, как действие лекарств, апноэ сна, анемия, соматическое заболевание и жизненная нагрузка.

При оценке в ремиссии удобно отдельно фиксировать три опоры: симптомы, функционирование и риск. Шкала симптомов показывает динамику; беседа о работе, семье и самообслуживании раскрывает функционирование; прямые вопросы о суицидальных мыслях

и опасном поведении позволяют оценить риск. Низкий балл шкалы не заменяет беседу о риске.

3 У кого выше риск рецидива?

Частые эпизоды в последние годы, тяжелый эпизод в анамнезе, не полностью устраненные симптомы, продолжающийся стресс, недостаток социальной поддержки и сопутствующие заболевания значимы при обсуждении рецидивов. Эти факторы не предопределяют судьбу. Они помогают обсудить с пациентом пользу и нагрузку продолжения лечения. [3]

Полезно определить индивидуальный «почерк рецидива» пациента. Для одного первым признаком служит раннее пробуждение, для другого — отстранение от людей, для третьего — многократная проверка работы или отсутствие удовольствия от привычной музыки. В отдельности это не диагноз депрессии. Но если такие признаки повторялись перед прежними эпизодами, они служат сигналом к усилению наблюдения.

4 Как мы планируем поддерживающее лечение?

Решение о продолжении лечения основывают на прежних эпизодах, достигнутом эффекте, побочных эффектах, выборе пациента и риске рецидива. Для пациента, достигшего ремиссии на антидепрессанте, план немедленной отмены после облегчения симптомов обычно неприемлем. NICE рекомендует объяснять пациенту, что после ремиссии симптомов лечение обычно может быть необходимо не менее шести месяцев, а при высоком риске обсуждать более длительное поддерживающее лечение. Это не означает одинакового срока для всех. [3]

Некоторым пациентам можно предложить когнитивно-поведенческую терапию, направленную на профилактику рецидивов, или когнитивную терапию на основе осознанности вместе с лекарством либо, в подходящих случаях, как альтернативу. При выборе учитывают прежнюю эффективность, доступность и возможности пациента. Цель психотерапии не в том, чтобы «никогда не чувствовать себя плохо», а в укреплении навыков распознавания ранних признаков, уменьшения руминации и возвращения к активности.

При поддерживающем лечении необходим регулярный пересмотр. NICE рекомендует повторно оценивать пациентов, принимающих антидепрессанты для профилактики рецидивов, не реже одного раза в шесть месяцев; при клинической необходимости осмотр проводят раньше. Обсуждают симптомы, побочные эффекты, жизненные обстоятельства и желание продолжать. Если принято решение об отмене лекарства, постепенное снижение планируют индивидуально. Головокружение, изменения ощущений и тревогу после резкой отмены нельзя автоматически считать новым эпизодом.

5 Письменный план совместно с пациентом

План включает простые и выполнимые для пациента действия: устойчивый ритм сна и повседневной активности, перечень ранних признаков, условия ускорения планового осмотра, контакты для обращения и способы получения помощи при экстренной опасности. Близкого человека привлекают с согласия пациента. Близким следует не становиться контролерами со словами «Если настроение упало, ты снова заболел», а мягко напоминать о согласованных признаках.

Плохой день отличают от нового эпизода. Однодневная усталость, печаль или подавленность после конфликта сами по себе не являются рецидивом. Однако при опасных суицидальных мыслях, резкой утрате способности ухаживать за собой или появлении психоза не нужно ждать истечения двух недель.

6 Между лечением остаточных симптомов и превращением человека в вечного больного

В ремиссии встречаются две противоположные ошибки. Первая — считать любую жалобу незначимой: «Депрессия прошла, остальное зависит от вас». Вторая — превращать каждое колебание настроения в признак болезни. Пациент начинает со страхом воспринимать даже обычную печаль, усталость или обиду как опасный эпизод. Хорошее клиническое общение защищает от обеих ошибок: симптомы признают, но оставляют место и обычным эмоциональным изменениям жизни.

Наблюдение должно повышать самостоятельность пациента. Например, может быть полезен краткий дневник сна, активности и личных ранних признаков. Но проверка настроения в течение всего дня и оценивание каждого чувства у некоторых пациентов способны усиливать руминацию. Поэтому инструмент наблюдения тоже выбирают индивидуально; вновь спрашивают о его пользе и нагрузке.

7 План возвращения: работа, семья и социальная жизнь

Функциональное восстановление планируют постепенно. Резкое возвращение к прежней полной рабочей нагрузке после длительного эпизода может истощить пациента. Вместе с тем бесконечный отдых и устранение любой ответственности тоже могут не помогать восстановлению активности. Адаптацию обсуждают с учетом условий работы, возможностей пациента и рекомендаций соответствующего специалиста.

В семье также заново согласуют роли. Во время эпизода близкие могли взять на себя многие задачи. В ремиссии их возвращение иногда вызывает недоверие или конфликт. Неприемлемы и требование «Вы теперь выздоровели, делайте все», и отношение «Вам ничего нельзя». Задачи распределяют по реальным возможностям с участием пациента.

8 Беседа о прекращении лечения

Если пациент хочет прекратить прием лекарства, сначала спрашивают о причине. Побочные эффекты, расходы, планирование беременности, отношение окружающих или убеждение «Я должен жить без лекарства» требуют разных разговоров. Простое «не прекращайте» без понимания причины ослабляет сотрудничество. Врач объясняет пользу, риски и альтернативы; участие пациента в решении сохраняется.

Для различения симптомов отмены и повторного эпизода важны временная связь и характер симптомов. Головокружение или необычные ощущения, быстро возникшие после снижения дозы, могут указывать на отмену. Но категоричный вывод только по времени не делают: депрессия тоже может вновь усилиться. При необходимости специалист пересматривает план. Пациенту не рекомендуют самостоятельно быстро снижать дозу или многократно прекращать и возобновлять прием.

9 Открытая беседа о риске в ремиссии

После улучшения настроения не следует прекращать вопросы о суицидальных мыслях. Некоторые пациенты позже испытывают стыд за действия во время эпизода или потери на работе. Последствия, такие как долг, разрушение отношений или безработица, остаются и после уменьшения симптомов. При наблюдении можно обсуждать эти проблемы и рассматривать возможности соответствующей социальной помощи.

Защитные факторы пациента также меняются. Поддержку близкого человека, осмысленную деятельность и доступ к лечению фиксируют, но не считают, что они полностью устраняют риск. План безопасности должен соответствовать реальной жизни и быть изложен на понятном пациенту языке.

10 Адаптация плана ремиссии к жизни пациента

Если поддерживающий план хорош на бумаге, но невыполним на практике, его ценность снижается. Требовать от пациента со сменной работой ложиться спать каждый день в одно время может быть нереалистично. Пациент из сельской местности может быть не в состоянии каждую неделю преодолевать большой путь на прием. План учитывает доступ к помощи, работу, семью и финансовые возможности; при необходимости обсуждают безопасные варианты дистанционного наблюдения.

Если пациент говорит, что не может выполнять свой план, это не оценивают сразу как недисциплинированность. Выявляют препятствие и упрощают план. Например, вместо пяти новых привычек можно начать с одного устойчивого занятия. Профилактика должна быть системой, служащей жизни человека, а не дополнительным страданием.

11 Если начинается новый эпизод, прежние усилия не исчезают

Несмотря на профилактику, эпизод может повториться. Тогда пациент и семья могут заключить, что «все лечение было напрасным». Специалист признает ценность прежней ремиссии: период, когда пациент работал, восстанавливал отношения и качество жизни, является реальным результатом. Новый эпизод требует пересмотра плана, но не отменяет предыдущего результата.

Рецидив анализируют без обвинений. Были ли распознаны ранние признаки, что мешало обращению, что изменилось в лечении, появились ли новые соматические или социальные факторы? Эти вопросы улучшают дальнейший план. Цель не в перечислении прошлых ошибок, а в том, чтобы сделать следующую помощь более быстрой и точной.

12 Обобщение клинического результата

Хорошее заключение по F33.4 шире фразы «жалоб нет». В нем отражают невыполнение критериев активного эпизода, остаточные симптомы, функциональное восстановление, риск, переносимость лечения и согласованный план профилактики. Если пациент выбирает прекращение лечения, фиксируют обсуждение и план наблюдения; пациента не лишают помощи в качестве наказания.

Такой подход представляет ремиссию не пассивным ожиданием, а этапом возвращения к устойчивой жизни. И врач, и пациент наблюдают не только заболевание, но и восстановление.

13 Учебный клинический пример

Следующий случай составлен для обучения. У бухгалтера 42 лет за восемь лет было три подтвержденных депрессивных эпизода. Сейчас уже девять месяцев отсутствуют критерии полного эпизода, он работает и вернулся к семейной активности. Пациент говорит: «Я выздоровел, завтра брошу лекарство». В беседе выясняется, что перед двумя прежними эпизодами возникали не уменьшение потребности во сне, а ранние пробуждения и социальное отстранение. Мании или гипомании в анамнезе нет.

Врач фиксирует состояние F33.4, обсуждает эффект лечения и побочные эффекты. Вместе с пациентом составляют поддерживающий план, назначают дату осмотра и порядок действий при ранних признаках. Его право на самостоятельное решение сохраняется, но последствия резкой отмены объясняют. Признание ремиссии и продолжение профилактики здесь не противоречат друг другу.

14 Второй учебный пример: ремиссия или частичный ответ?

В учебном примере женщина 45 лет считает себя выздоровевшей, поскольку «перестала много плакать». Однако она все еще не получает ни от чего удовольствия, ежедневно рано просыпается и чрезмерно обвиняет себя. При полной оценке выясняется, что критерии депрессивного эпизода могут по-прежнему выполняться. Врач не переходит к F33.4 лишь по внешнему оживлению. В этом случае обсуждают частичный ответ и план ведения продолжающегося эпизода.

У другого пациента критерии эпизода не выполняются, но уверенность на работе восстанавливается медленно. Это может не противоречить ремиссии; функциональная реабилитация становится отдельной целью. Различение двух ситуаций защищает и от лишних изменений лекарств, и от преждевременного завершения лечения.

15 Практические выводы главы

F33.4 подтверждает отсутствие активного эпизода, а не исчезновение всех потребностей пациента. Хороший план ремиссии преследует три результата: понимание остаточных симптомов, восстановление жизненного функционирования человека и раннее реагирование на рецидив. Продолжительность лечения опирается не только на диагностический код, но и на историю заболевания и решение, принятое совместно с пациентом.

Источники

[1] ВОЗ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F33.4. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ВОЗ. Diagnostic criteria for research. F33.4. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE NG222. Preventing relapse; stopping antidepressant medication. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

20-ГЛАВА

И F33.9. другие и неуточненные рекуррентные депрессивные расстройства

F33.8

1 «Другие» и «неуточненные» — не одно и то же

Коды F33.8 и F33.9 нужны не для сокрытия диагностической неопределенности, а для ее правильного выражения. F33.8 применяется при фиксации другой формы рекуррентного депрессивного расстройства; в клиническом тексте открыто объясняют, почему обычная специальная рубрика не подошла. F33.9 обозначает ситуацию, когда сведения о рекуррентном депрессивном расстройстве имеются, но возможности достаточно уточнить его тип или текущее состояние не было. Ни один из этих кодов сам по себе не обозначает степень тяжести. [1, 2]

Если ясно, что текущий эпизод легкий, умеренный, тяжелый без психоза, тяжелый с психозом либо имеется ремиссия, предпочтителен соответствующий специальный код. Запись F33.9 только ради экономии времени не передает следующему врачу важных сведений. Вместе с тем создавать искусственную определенность при недостатке доказательств тоже ошибочно.

2 Сначала доказывают принадлежность к группе F33

Первый вопрос: действительно ли есть повторяемость? Неоднократное использование пациентом слова «депрессия» не означает подтверждения эпизодов. Краткая подавленность в ответ на стресс, действие веществ, биполярное течение, органическое расстройство или хроническое дистимическое настроение могут требовать другого направления. F33.9 не освобождает от проверки этих различий.

Второй вопрос: в чем неопределенность? Наличие прежних эпизодов установлено, но нынешняя тяжесть неизвестна? Текущий синдром ясен, но документов о прежнем периоде нет? Или не разрешен вопрос о вероятности мании? Это три разные ситуации. В последних двух сам диагноз F33 тоже может оставаться временной гипотезой; в клинической записи это указывают открыто.

3 Как записывают обоснование F33.8?

При выборе рубрики «другие» врач не оставляет один код. Описывают структуру симптомов, длительность эпизодов, порядок повторения и отличие от обычных рубрик. Национальные модификации МКБ-10 или дополнительные коды электронных систем не смешивают с основным вариантом ВОЗ. Нельзя автоматически переносить название одной системы на код другой.

В частности, неверно всегда обозначать сезонное течение как F33.8. В клиническом руководстве ВОЗ сезонные депрессивные расстройства рассматриваются в рамках F33; если тяжесть текущего эпизода известна, используют код, отражающий эту тяжесть. Описание «каждую зиму падает настроение» следует разбирать с учетом критериев эпизода, сезонной повторяемости и других причин. Сезонность — информация о клиническом течении, а не отдельная степень тяжести. [1]

Краткую, часто повторяющуюся подавленность также нельзя сразу относить к F33.8. Проверяют рекуррентное кратковременное депрессивное расстройство, биполярный спектр, эмоциональную лабильность, связанную с личностью, и другие состояния. В МКБ-10 для кратких рекуррентных депрессивных эпизодов существует рубрика в рамках F38.1. Продолжительность эпизода — одно из решающих сведений при выборе кода.

4 Когда полезен F33.9?

В прежних медицинских записях пациента, поступившего в отделение неотложной помощи, подтверждено рекуррентное депрессивное расстройство, но сейчас он не может полноценно продолжать беседу. Или краткое направление из другого учреждения содержит историю эпизодов, но не хватает сведений, обосновывающих тяжесть. В такой ситуации необходимо правильно зафиксировать неопределенность, оценить риск и запланировать дальнейшее уточнение.

Неуточненный код не является причиной прекращения помощи пациенту. При отказе от пищи и жидкости, суицидальном риске, психозе, вероятности делирия или тяжелом соматическом состоянии прежде всего решают эту проблему. Уточнение диагноза и безопасное оказание помощи идут параллельно.

5 Четыре шага уменьшения неопределенности

Первый шаг — полностью описать текущее состояние: настроение, интерес, энергию, сон, аппетит, когнитивные симптомы, психоз, функционирование и риск. Одной строки «есть депрессия» недостаточно.

Второй шаг — восстановить временную последовательность эпизодов. Получают прежние документы, сведения об ответе на лечение и, с согласия пациента, информацию от близких. Сам прием антидепрессанта не доказывает прежний депрессивный эпизод, поскольку эти препараты применяют и при других состояниях.

Третий шаг — проверить альтернативные причины. Целенаправленно спрашивают о периодах подъема настроения, веществах, лекарствах, соматических и неврологических заболеваниях. Лабораторные исследования выбирают по клинической потребности, а не как одинаковый для всех «пакет на депрессию».

Четвертый шаг — установить конкретную задачу повторного осмотра: какой документ нужен, какие признаки наблюдаем, какие сведения изменят код? Вместо неопределенного плана «потом посмотрим» оставляют проверяемый вопрос.

6 Документирование и общение

В клинической записи полезно открытое описание вроде «F33.9, для определения тяжести проводится полная оценка текущего синдрома; запрошены документы о прежних эпизодах». Однако нельзя записывать невыполненное обследование как выполненное. Вместо слов пациенту «У вас неизвестная болезнь» точнее сказать: «История рекуррентной депрессии известна, мы уточняем подробности нынешнего состояния».

Основное правило главы: признание неопределенности не является профессиональной слабостью, но и ее бессрочное сохранение не является хорошей практикой. Код не заменяет клиническое мышление; он кратко выражает его результат.

7 Различение видов неопределенности

Не вся диагностическая неопределенность имеет один источник. При информационной неопределенности недостает сведений: нет документа о прежнем эпизоде, память пациента ограничена или с близкими еще не беседовали. При критериальной неопределенности сведения есть, но трудно определить соответствующую рубрику: длительность эпизода пограничная, промежуточное восстановление недостаточно ясно. При причинной неопределенности не решен вопрос о связи депрессиеподобного синдрома с веществом, лекарством или органическим состоянием.

Для каждого вида неопределенности нужны разные действия. Недостаток информации требует дополнительного источника. Трудность с критериями требует перечитать выбранное издание классификации, а иногда обсудить его с коллегой. Причинная неопределенность требует анамнеза, осмотра и целевого обследования. Одна запись «F33.9» этих задач не выполняет.

8 Как можно выразить предварительный диагноз?

В клинической записи разделяют рабочую гипотезу, подтверждающие ее доказательства и нерешенные вопросы. Например: «Имеются сведения о двух прежних эпизодах, ожидаются документы; текущий синдром оценивается; нужны дополнительные сведения об анамнезе гипомании». Этот текст нельзя копировать как готовый шаблон без реальных данных пациента. Его задача — сделать рассуждение прозрачным.

Предварительный характер диагноза объясняют пациенту понятно. Объяснение «Сейчас мы начинаем помощь и одновременно уточняем течение заболевания» отличается от безнадежного сообщения «Мы пока ничего не знаем». Клиническая точность иногда требует времени, но признание страдания и меры безопасности начинаются уже сегодня.

9 Тонкости проверки сезонности

Ежегодная зимняя усталость или подавленность после отпуска не означает клинический сезонный депрессивный эпизод. Могут влиять сон, освещение, рабочая нагрузка, социальная активность и календарные стрессы. Восстанавливают, в какие месяцы начинались полные эпизоды, когда заканчивались и были ли эпизоды в другие сезоны. Не следует спешить с категоричным выводом о сезонном течении по одному году наблюдения.

Сезонное течение возможно и при биполярном расстройстве. Прежде чем считать весеннюю активность обычным восстановлением, спрашивают о потребности во сне, энергии, тратах и импульсивности. Вмешательства, например методы на основе света, также могут требовать оценки соответствующего специалиста и учета биполярного риска; неправильно произвольно рекомендовать их при любой зимней подавленности.

10 Перенос кода в другое учреждение

F33.9, выставленный на экстренном приеме в одном учреждении, может годами оставаться неизменным в другом. Код в электронной карте выглядит авторитетно, хотя первоначально мог быть установлен при ограниченных сведениях. Следующий специалист уважительно относится к прежнему коду, но не отказывается от его проверки. Если диагноз в документе отличается от нынешних клинических доказательств, выясняют причину.

При уточнении кода не следует бесследно уничтожать прежнюю запись. Отмечают, какие новые сведения изменили решение. Это помогает следующему специалисту понять историю заболевания. Важно не удлинять список диагнозов, а объяснять их логическую взаимосвязь.

11 При кодировании важны не только цифры, но и версия

Основной вариант МКБ-10 ВОЗ, исследовательские критерии и национальные клинические модификации дают неодинаковую степень детализации. Найденное в интернете название кода может принадлежать системе другой страны. Поэтому при указании кода в клинической книге определяют его источник, а в практике согласуют его с официальной системой учреждения. Нельзя механически добавлять дополнительную цифру одной системы к другой.

Особенно в рубриках «другие» и «неуточненные» различия перевода могут менять содержание. Проверяют соответствие английского или русского названия кода узбекскому клиническому описанию. Краткое административное название не заменяет клинического объяснения. При необходимости после кода описывают конкретное состояние пациента обычным клиническим языком.

12 Как продолжается лечение в ожидании сведений?

Помощь при текущем депрессивном синдроме и риске не приостанавливают до выяснения всех подробностей длительного течения. Однако выбор лечения учитывает неопределенность. Например, обоснованное подозрение на биполярное течение важно для фармакологического решения; врач не откладывает его со словами «потом уточним». Приоритет отдают тем частям неопределенности, которые влияют на решение.

Иногда требовать от пациента самостоятельно найти и принести все документы нереалистично. В рамках согласия и имеющихся возможностей можно запросить сведения прежнего учреждения. Но даже если документы не найдены, клиническую беседу и динамическое наблюдение продолжают. Отсутствие источника не дает оснований ни для ложной определенности, ни для оставления пациента без помощи.

13 Учебный клинический пример

В учебном примере в электронной карте женщины 36 лет уже много лет указан F33.9. Сейчас она описывает сохраняющиеся два месяца ангедонию, подавленность, снижение энергии, вину, нарушения сна и внимания. Прежние записи подтверждают два отдельных депрессивных эпизода с длительными периодами восстановления между ними. Данных о гипомании и мании нет. После полной беседы обоснована умеренная тяжесть текущего эпизода, и код уточнен до F33.1.

Диагноз здесь изменился не «из-за утяжеления», а потому, что информации стало достаточно. Уточнение кода объясняют пациенту как более точное отражение нынешнего состояния заболевания, а не как доказательство ошибки прежнего врача.

14 Вторая учебная ситуация

В учебном примере в карте пациента записано «сезонная депрессия, F33.8». Беседа подтверждает полные депрессивные эпизоды каждую зиму и восстановление летом, а текущий эпизод соответствует критериям тяжелого без психоза. Врач сохраняет сезонность в клиническом описании, но рассматривает возможность точно закодировать нынешнюю тяжесть. Сезонность не должна приводить к потере сведений о тяжести.

В другой учебной ситуации пациент говорит: «Каждый месяц три дня я подавлен». Одного этого сведения недостаточно для подтверждения F33. Оценивают длительность, связь с менструальным циклом, вещества, отношения и другие аффективные признаки. Цель — не обесценить жалобу пациента, а не закрепить преждевременно код из неподходящей группы.

15 Заключительные вопросы для проверки

Перед записью F33.8 или F33.9 специалист проверяет пять вопросов: обосновано ли рекуррентное течение; известна ли тяжесть текущего эпизода; достаточно ли расспросили о мании или гипомании; рассмотрены ли другие причины; есть ли план уточнения? Это не новые официальные критерии, а учебный клинический контрольный список.

Если на один из вопросов нет ответа, в клинической записи открыто указывают это ограничение. Такой подход защищает от использования кода вместо полной истории пациента и объясняет следующему специалисту, какая работа еще предстоит.

Источники

[1] ВОЗ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F33, F33.8, F33.9 и F38.1. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ВОЗ. Diagnostic criteria for research. F33 и F38.1. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE NG222. Recognition and assessment. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

21-ГЛАВА

Легкая или умеренная депрессия при биполярном расстройстве

F31.3

1 Депрессия может выглядеть одинаково, а история заболевания — различаться

F31.3 обозначает биполярное аффективное расстройство, при котором текущий депрессивный эпизод имеет легкую или среднюю степень тяжести. Его основное отличие от F32 или F33 заключается не в оттенке сегодняшней печали, а в истории предшествующих аффективных эпизодов. Клиническое руководство ВОЗ по МКБ-10 требует достоверных сведений о предшествующем гипоманиакальном, маниакальном или смешанном аффективном эпизоде. [1, 2]

Пациент может впервые обратиться по поводу депрессии, но это не означает, что перед нами первый аффективный эпизод в его жизни. Предыдущая гипомания может запомниться как «время, когда у меня все шло очень хорошо». Мания иногда скрывается за историей госпитализации, долгов или семейных конфликтов. Поэтому расспрос о периодах повышения настроения на протяжении жизни — обязательная клиническая задача при оценке депрессии.

2 Не превращать обычное хорошее настроение в гипоманию

Гипоманию нельзя определить только по радости. Наряду с необычно повышенным или раздражительным настроением наблюдаются отчетливое изменение энергии и активности, снижение потребности во сне, ускорение речи и мышления, отвлекаемость, необычно высокая социальная или целенаправленная активность. Важно, что эти признаки отличаются от обычного состояния пациента и проявляются одновременно в определенный период.

Бессонница отличается от сниженной потребности во сне. При депрессии или тревоге пациент страдает от недостатка сна и испытывает усталость. В гипоманиакальном состоянии он может спать значительно меньше, но чувствовать себя необычно бодрым. При этом напряженная работа в командировке, увлеченность новым проектом или действие кофеина сами по себе не являются гипоманией. Продолжительность, совокупность симптомов, внешние причины и функциональные последствия оцениваются вместе.

Сведения от близких получают с согласия пациента. И утверждение «он всегда такой», и описание «за неделю он стал совершенно другим человеком» требуют клинической проверки. Семейный анамнез биполярного расстройства может усилить подозрение, но сам по себе не подтверждает диагноз.

3 Отдельная оценка текущего депрессивного эпизода

Выявление биполярного анамнеза не отменяет описания текущей депрессии. Оценивают основные и дополнительные депрессивные симптомы, продолжительность, работоспособность, самообслуживание и суицидальный риск. Легкая и средняя степень тяжести не означают обычного снижения настроения: пациент может испытывать клинически значимое страдание и нарушения повседневной жизни.

Сам по себе код F31.3 не охватывает тяжелый эпизод с психозом. При выявлении психотических симптомов или тяжелого депрессивного синдрома пересматривают код и условия лечения. Нельзя скрывать психоз за обозначением «сильная тревога», но и самообвинение не всегда является бредом. Проверяют непоколебимость убеждения, отношение к реальности и другие психопатологические признаки.

В некоторых детализированных вариантах МКБ-10 коды F31.30 и F31.31 обозначают варианты без соматического синдрома и с ним. Здесь «соматический» означает не любую телесную жалобу, а определенную совокупность симптомов депрессии. При кодировании проверяют применяемый на местном уровне вариант классификации. [1, 2]

4 Смешанные признаки: особое внимание

Если к сниженному настроению присоединяются уменьшение потребности во сне, ускорение мыслей, избыток энергии или импульсивность, оценивают вероятность смешанного аффективного состояния. Однако тревога, беспокойство и бессонница сами по себе не доказывают смешанного эпизода. Критерии смешанного эпизода F31.6 в МКБ-10 нельзя полностью отождествлять с дополнительной характеристикой «со смешанными признаками» в более поздних классификациях.

Смешанные симптомы влияют на выбор лечения и риск. Врач выясняет, сопровождаются ли суицидальные мысли повышением энергии и импульсивностью. Слова пациента «теперь я немного могу действовать» не всегда означают снижение риска.

5 Почему логика лечения отличается?

Лечение биполярной депрессии направлено не только на уменьшение депрессивных симптомов, но и учитывает риск перехода в манию или смешанное состояние. Поэтому подходящий для униполярной депрессии план нельзя переносить автоматически. Осо-

бенно при биполярном расстройстве I типа монотерапия антидепрессантом не является обычным первым выбором. Специалист рассматривает средства с доказанной эффективностью при биполярной депрессии, предыдущий ответ и долгосрочный профилактический план пациента. [3, 4]

Конкретный состав лечения зависит от тяжести симптомов, эффективности ранее применявшихся препаратов, нежелательных эффектов, соматического состояния, вероятности беременности и местных разрешений на применение. Эта глава не является руководством для самостоятельного выбора лекарства или дозы. При обсуждении лития, некоторых антипсихотиков или других средств одновременно определяют соответствующий план лабораторного и клинического мониторинга.

Психотерапию адаптируют к биполярному расстройству. Важны стабилизация сна и повседневного ритма, распознавание ранних признаков, обсуждение отношения к лекарствам, реакций на стресс и планирования деятельности. Пациенту не рекомендуют «заставлять себя больше работать» или намеренно не спать. Методы, нарушающие ритм сна, у некоторых людей могут приводить к аффективной нестабильности.

6 Объяснение пациенту и наблюдение

Объяснение «у вас две личности» совершенно неверно. Биполярное расстройство не является раздвоением личности. Пациенту объясняют, что возможны разные эпизоды изменения настроения и энергии, а лечение учитывает оба их направления.

При наблюдении наряду с депрессией спрашивают о потребности во сне, энергии, речи, расходах и импульсивных решениях. Если после начала лечения энергия быстро увеличивается, а потребность во сне уменьшается, это нужно оценить, не принимая автоматически за обычное «выздоровление». Практическое значение F31.3 состоит в лечении текущей депрессии с учетом всей аффективной истории.

7 Между результатом скрининга и диагнозом

Положительный результат опросника на биполярность может помочь углубить клиническую беседу, но самостоятельно не подтверждает диагноз. Некоторые вопросы могут соответствовать также тревоге, дефициту внимания, действию веществ или обычному активному темпераменту. Поэтому каждый положительный ответ проверяют с учетом времени, продолжительности и отличия от обычного состояния. Отрицательный результат также не опровергает достоверный анамнез мании.

Один из важнейших вопросов — присутствовали ли симптомы одновременно в одном периоде. Пациент мог в разные периоды жизни мало спать, много говорить и тратить большие суммы. Нельзя искусственно объединять эти события в один эпизод. Для диа-

гноза необходима временная общность клинических признаков.

8 Лекарственно-индуцированная активация

Беспокойство или бессонница после начала приема антидепрессанта не всегда означают гипоманию. Возможны лекарственно-индуцированная активация, усиление тревоги, акатизия или другие нежелательные эффекты. В то же время ошибочно преуменьшать полноценный гипоманиакальный или маниакальный синдром, называя его «небольшой реакцией на лекарство». Необходимо полноценно оценить энергию, потребность во сне, речь, мышление, самооценку и рискованное поведение.

В клинических описаниях и исследовательских критериях МКБ-10 существуют тонкие различия в трактовке краткой активации, связанной с лечением. Поэтому точно указывают, какой набор критериев применялся, и описывают временную связь события с лекарством. Недопустимо как поспешно навешивать на пациента пожизненный ярлык, так и игнорировать дальнейший риск.

9 Биполярное расстройство I и II типов и код МКБ-10

В клинической литературе широко используются термины «биполярное расстройство I типа» и «биполярное расстройство II типа». Они отражают важные различия в анамнезе мании и гипомании, однако код F31.3 МКБ-10 ВОЗ не равнозначен автоматически одному из этих терминов. Код одновременно отражает текущий эпизод и предшествующий аффективный анамнез. Поэтому при переводе термина DSM в код МКБ проверяют местные правила кодирования.

Необязательно перегружать пациента излишними классификационными подробностями. Главное для него: предыдущие периоды повышенного настроения изменяют план лечения; цель состоит не только в уменьшении подавленности, но и в сохранении стабильности. В научном документе, однако, необходимо точно обозначить использованную систему и критерии.

10 Учет биполярного течения в психотерапии

Повышение активности может быть полезной целью при депрессии, но при биполярном течении отдельно следят за умеренностью нагрузки и ритмом сна. Если пациент резко увеличивает нагрузку со словами «теперь я все сделаю за неделю», терапевт не должен поощрять это исключительно как успех. Обсуждают реалистичный темп, отдых и стабильный распорядок дня.

В работе с семьей важно не только контролировать симптомы, но и улучшать общение. Если близкие считают любую радость манией, пациент может начать бояться собственных естественных чувств. С другой стороны, романтизация прежней опасной активности также вредна. Совместно определяют конкретные признаки, характерные для предыдущего эпизода: например, сочетание резкого снижения потребности во сне в течение нескольких ночей и необычных расходов.

11 Услышать предпочтения пациента на приеме

Объяснение биполярного расстройства может тяжело восприниматься пациентом. Он ценит прежние активные периоды и может опасаться, что лечение «уничтожит мою творческую способность». Вместо отрицания этой тревоги следует уточнить: какую способность он хочет сохранить, каких нежелательных эффектов опасается, какой опыт был раньше? Объясняют, что цель лечения — не уничтожить личность, а уменьшить опасные эпизоды и сохранить стабильную деятельность.

Если прежний препарат вызывал сильную сонливость или другой дискомфорт, сопротивление пациента не является безосновательным. Специалист обсуждает пользу и нежелательные эффекты вместе. Когда план составляют с участием пациента, ему легче раньше сообщать о симптомах и не скрывать изменений. Сотрудничество означает не отрицание риска, а реалистичное управление им.

12 Информация между приемами

Дневник настроения может помочь некоторым пациентам различать депрессию, нормальное восстановление и активацию. В нем наряду с длительностью сна отмечают потребность во сне, энергию и повседневную активность. Оценки «хорошо/плохо» может быть недостаточно: пациент оценивает гипоманию как очень хорошее состояние. Поэтому важны также поведенческие и функциональные признаки.

Дневник сам по себе не устанавливает диагноз. Он дает материал для беседы. Если пациент чрезмерно увлекается заполнением числовых оценок или это становится для него обременительным, инструмент упрощают. Наблюдения близких также используют по согласованию с пациентом и с уважением к его личным границам.

13 Основания для быстрой повторной оценки

Если во время лечения депрессии появляются новая импульсивность, резкое снижение потребности во сне, сильное беспокойство, психоз или суицидальное намерение, ожидать следующего планового приема может быть неправильно. Пациенту заранее объяс-

няют, в какую службу и каким образом обращаться. Вместо общей фразы «приходите, если станет хуже» называют признаки, которые он сможет распознать.

При этом важно не воспринимать каждый хороший день как опасность. Возвращение энергии и интереса — ожидаемый результат восстановления. Чтобы отличить его от гипомании, совместно оценивают потребность во сне, необычность поведения, ускорение и последствия. Это тонкое различие помогает пациенту восстанавливаться, не боясь нормальной жизни.

14 Учебный клинический пример

В условном учебном случае 29-летний дизайнер обращается с подавленностью, утратой интереса и снижением темпа работы, продолжающимися пять недель. Ранее у него дважды были «очень продуктивные» периоды: несколько дней он спал значительно меньше и не уставал, одновременно брал много проектов, совершал необычные покупки. Пациент не считал это болезнью. Сведения близкого человека, полученные с его согласия, подтверждают отчетливое изменение по сравнению с обычным поведением.

Врач не присваивает код, опираясь только на это краткое описание. Проверяют продолжительность каждого периода, симптомы, влияние веществ и лекарств, функциональные последствия. Если подтверждаются критерии предшествующего гипоманиакального эпизода и текущего депрессивного эпизода средней тяжести, код F31.3 обоснован. План лечения меняется: вместо прежней гипотезы «рекуррентная депрессия» он начинает учитывать биполярное течение.

15 Сравнительная учебная ситуация

Два пациента говорят: «Я мало спал». Первый не может заснуть ночью из-за тревоги, а утром страдает от усталости и сонливости. Второй спит значительно меньше обычного, чувствует себя необычно бодрым, быстро говорит и строит грандиозные планы. Этот короткий учебный пример недостаточен для диагноза, но показывает, что за одной жалобой может стоять разный клинический смысл. В первом случае проверяют тревожную бессонницу, во втором — вероятность гипоманиакального или маниакального синдрома.

В другой ситуации пациент радовался отпуску и много общался. Потребность во сне, поведение и функционирование оставались в обычных пределах. Называть это гипоманией было бы гипердиагностикой. Хорошая дифференциальная диагностика состоит не только в выявлении болезни, но и в признании нормального настроения нормальным.

Источники

[1] ВОЗ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F30 и F31.3. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] BO3. Diagnostic criteria for research. F31.3. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE CG185. Bipolar disorder: assessment and management. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/recommendations

[4] NIMH. Bipolar Disorder. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder

22-ГЛАВА

И F31.5. тяжелая депрессия при биполярном расстройстве

F31.4

1 Общее основание двух кодов и решающее различие

F31.4 обозначает биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов; F31.5 — текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами. В обоих случаях необходимо обосновать анамнез предшествующего аффективного эпизода, подтверждающего биполярное течение, и текущий тяжелый депрессивный синдром. Наличие психоза изменяет код, но его отсутствие не делает тяжелую депрессию «безопасной». [1, 2]

Предыдущая мания могла произойти много лет назад, семья могла забыть о ней, а документы — остаться в другом учреждении. Поэтому даже при текущем тяжелом состоянии анамнез восстанавливают. Однако ожидание документов не должно задерживать неотложную помощь. Уточнение диагноза и меры безопасности осуществляют одновременно.

2 F31.4: тяжелая депрессия без психоза

Выраженная ангедония, подавленность, значительное снижение энергии, психомоторная заторможенность или беспокойство, безнадежность, нарушения питания и сна, резкое снижение работоспособности и самообслуживания могут составлять тяжелый синдром. Суицидальные мысли могут не высказываться открыто: одни пациенты скрывают их, чтобы не огорчать близких, другие не находят сил говорить.

У каждого пациента отдельно оценивают мысли, намерение, план, доступ к средствам, предыдущие попытки и защитные факторы. Балл по шкале риска не заменяет клинического решения. Отказ от жидкости, тяжелое пренебрежение уходом за собой или соматическая нестабильность также могут требовать неотложной помощи.

При отсутствии психоза чувство вины может быть сильным, но способность сомневаться и обсуждать сохраняется. Мысль «я недостаточно помогаю семье» и не поддающееся коррекции убеждение «из-за моей мысли погиб весь город» — не одно и то же. Клиническое содержание и отношение к реальности оценивают вместе.

3 F31.5: когда к тяжелой депрессии присоединяется психоз

При психотической депрессии могут встречаться бредовые убеждения в виновности, разорении, тяжелом телесном заболевании или собственном несуществовании, обвиняющие или приказывающие голоса. Психотическое содержание может соответствовать настроению или не соответствовать ему. Необычность содержания сама по себе не доказывает шизофрении; важна временная связь между психозом и эпизодом нарушения настроения.

При расспросе о галлюцинациях выясняют их содержание, частоту, отношение пациента к ним и риск выполнения приказов. Врач не спорит с бредом и не пытается «победить пациента логически». Он признает страдание, не подтверждая ложное убеждение. Уместно, например: «Я вижу, что для вас это ощущается совершенно реальным; мы обеспечим вашу безопасность и будем лечить это состояние».

При помрачении сознания, выраженной изменчивости внимания, лихорадке или острых неврологических признаках проверяют делирий и другие соматические причины. Застывание, мутизм, отказ от пищи или необычные движения могут повышать вероятность кататонии. Нельзя ограничиваться объяснением «у него очень сильная депрессия».

4 Условия лечения и первоначальные решения

При тяжелой биполярной депрессии условия помощи выбирают с учетом безопасности пациента, способности к самообслуживанию, психоза, соматического состояния и поддержки дома. В одних случаях может быть достаточно интенсивного амбулаторного наблюдения, в других необходим стационар. Применение недобровольных мер регулируется местным законодательством, клиническими основаниями и правами пациента.

Прежде всего уточняют принимаемые препараты, регулярность их приема, прежнюю эффективность и нежелательные эффекты. До заключения «лекарство не помогло» проверяют достаточность продолжительности лечения, режим приема и правильность диагноза. Однако при высоком риске нельзя откладывать лечение до сбора всех сведений.

5 Не переносить автоматически план лечения униполярной депрессии

При биполярной депрессии специалист учитывает оба полюса заболевания. Выбирать антидепрессант в качестве обычной первоначальной монотерапии, особенно при биполярном расстройстве I типа, нецелесообразно. У некоторых пациентов это может быть связано с появлением мании, гипомании или смешанных симптомов. Неверно и утверждать, что такой результат возникнет у каждого: риск оценивают индивидуально. [3, 4]

NICE CG185 рассматривает определенные фармакологические варианты при умеренной и тяжелой биполярной депрессии, включая кветиапин либо комбинацию оланзапина с флуоксетином, в зависимости от клинической ситуации. У пациента, принимающего литий, проверяют его концентрацию, эффективность и безопасность. Перечисление названий не является готовым назначением: выбор зависит от руководства, зарегистрированных показаний, сопутствующих заболеваний, репродуктивного риска и возможностей мониторинга. При психозе особое значение имеют антипсихотический компонент лечения и безопасные условия.

В тяжелых, угрожающих жизни состояниях, требующих быстрого ответа или не ответивших на соответствующее лечение, специалисты могут рассматривать электросудорожную терапию. При принятии решения обсуждают соматическую оценку, анестезию, когнитивные нежелательные эффекты, согласие и правовые требования. Нельзя представлять ЭСТ как наказание или обычный первый шаг при любой депрессии.

6 Два направления наблюдения

Эффективность лечения оценивают по уменьшению депрессивных и психотических симптомов, восстановлению питания, сна и функционирования. Одновременно наблюдают за признаками переключения в манию. При появлении резкой бодрости, снижения потребности во сне, ускоренной речи и опасных решений план пересматривают. Таким образом, лечение тяжелой биполярной депрессии — задача шире, чем «поднять настроение»: одновременно стремятся снизить риск, добиться устойчивого восстановления и предотвратить следующие эпизоды.

7 Временная связь психоза и настроения

При оценке F31.5 уточняют, когда появились психотические симптомы и как они связаны с эпизодом нарушения настроения. Возник ли психоз одновременно с депрессивным синдромом и уменьшался ли при его ослаблении? Продолжался ли он вне эпизода нарушения настроения? Сопровождались ли предыдущие психотические периоды манией или депрессией? Эти сведения важны для разграничения биполярного, шизоаффективного и других психотических расстройств.

Картина одного приема может не позволять окончательно решить диагностический вопрос. В неотложной ситуации помощь оказывают на основании рабочего диагноза, а затем дополняют временную историю. Необычность содержания психоза не должна заставлять врача отбрасывать аффективный анамнез; вместе с тем нельзя считать любой психоз частью депрессии.

8 Акатизия, тревога и смешанные симптомы

Если во время лечения возникает беспокойство, выясняют его природу. При акатизии возможны внутренняя потребность двигаться и невозможность усидеть на месте; при тревоге преобладают страх и ожидание опасности; при смешанном аффективном состоянии могут сочетаться изменения активности, скорости мыслей и потребности во сне. Эти состояния могут сосуществовать, поэтому краткого ярлыка недостаточно.

Неверная трактовка беспокойства может направить лечение по ошибочному пути. Опасно принять нежелательное действие лекарства за усиление болезни или оценить смешанное состояние только как тревогу. Время начала или изменения терапии, появление симптомов и данные клинического осмотра анализируют вместе. Пациенту объясняют необходимость скорее сообщить специалисту, а не самостоятельно менять дозу.

9 Соматический мониторинг — часть лечения

При тяжелой депрессии оценивают питание, прием жидкости, изменение массы тела, неподвижность и сопутствующие заболевания. При выборе фармакотерапии определяют проверки безопасности, специфичные для каждого средства. Например, при лечении литием существуют требования к контролю концентрации в крови и функций соответствующих органов; при применении антипсихотиков оценивают метаболические и двигательные нежелательные эффекты. Конкретный график зависит от препарата, состояния и местного протокола.

Вероятность беременности, грудное вскармливание и репродуктивные планы необходимо обсудить до фармакологического решения. Репродуктивный риск некоторых средств серьезен и требует специальных ограничений. Рекомендация внезапно отменить лекарство тоже может быть опасной; решение принимают индивидуально с соответствующими специалистами. Простого совета «перейдите на натуральное средство» в этом вопросе недостаточно.

10 Способность принимать решения и согласие

Наличие тяжелой депрессии или психоза не означает неспособности пациента принимать любые решения. Способность оценивают применительно к конкретному решению и моменту: может ли пациент понять информацию, применить ее к собственному состоянию, сопоставить варианты и выразить выбор? При этом выраженный бред может нарушать принятие отдельных решений. Получение согласия и правовые меры осуществляют в соответствии с местным законодательством.

Помощь близких не означает исключения пациента из общения. Его участие сохраняют настолько, насколько это возможно. Врач объясняет сложную информацию короткими частями, проверяет понимание и готов обсуждать ее повторно. Безопасность и человеческое достоинство не противопоставляют друг другу.

11 Переход после стационара

В первый период после тяжелого эпизода важно не допустить разрыва помощи. В выписном заключении понятно излагают предшествующий биполярный анамнез, характер текущего эпизода, динамику психоза и риска, препараты и потребность в мониторинге. Для следующего специалиста фразы «состояние улучшилось» недостаточно. Указывают сохраняющиеся симптомы и признаки, при которых требуется быстрая повторная оценка.

Возвращаясь к жизни, пациент сталкивается и с последствиями эпизода: перерывом в работе, тревогой семьи, стыдом или долгами. Одни лекарства не решают этих проблем. Психологическую и социальную помощь планируют как продолжение лечения. Устойчивое восстановление включает не только исчезновение симптомов, но и возвращение пациенту управления собственной жизнью.

12 Тяжесть и риск не всегда изменяются в одном направлении

Если движения и речь пациента немного оживились, нельзя считать, что суицидальный риск автоматически снизился. Повышение энергии при сохраняющейся безнадежности в некоторых ситуациях может быть опасным. Поэтому при наблюдении наряду с общим внешним улучшением повторно спрашивают о мыслях, намерении и возможности действовать. Риск динамичен: оценка на одном приеме не дает гарантии на следующую неделю.

Уменьшение психоза также не устраняет все риски. Пациент может стыдиться прежних бредовых поступков, бояться семейных или финансовых последствий. В ходе реабилитации эти чувства обсуждают открыто и без обвинений. Чтобы осмыслить пережитое во время болезни и вернуться к жизни, пациенту могут потребоваться время и помощь.

13 Координация между специалистами

При тяжелой биполярной депрессии действия психиатра, специалиста соматического профиля, медицинской сестры и психолога должны согласовываться. Если один специалист рекомендует стабилизировать сон и активность, а другой — резко увеличить нагрузку, пациент оказывается в замешательстве. Необходима согласованность основного плана лечения, мониторинга и признаков, требующих неотложного реагирования.

Пациенту объясняют, кто отвечает за каждый вопрос. Способы связи по поводу нежелательных эффектов лекарства, психотерапевтического задания и административного вопроса могут различаться. Полностью перекладывать на пациента устранение разрывов между службами особенно трудно после тяжелого эпизода. Клиническая координация является частью качества лечения.

14 Два учебных клинических примера

Первый пример составлен для обучения. У 47-летнего мужчины предыдущий маниакальный эпизод подтвержден медицинскими документами. Сейчас он почти не работает, большую часть дня проводит лежа, мало ест и сообщает о выраженной безнадежности. Психоз не выявлен. После подтверждения критериев тяжелого депрессивного эпизода устанавливают F31.4. Условия лечения выбирают с учетом суицидального риска и питания; пациента не отправляют домой без наблюдения только потому, что «психоза нет».

Во втором учебном примере 39-летняя женщина ранее лечилась по поводу мании. Во время текущей депрессии возникло непоколебимое убеждение: «Мои внутренние органы исчезли, я не могу есть». Наряду с соматическим обследованием оценивают психотические симптомы, вероятность кататонии и риск. При подтверждении тяжелого биполярного депрессивного эпизода с психозом обоснован F31.5. Отказ от пищи — не только содержание убеждения, но и источник физической опасности.

15 Образец составления заключения

В качестве учебной структуры в заключении можно последовательно изложить: предшествующий эпизод, подтверждающий биполярное течение; текущий тяжелый депрессивный синдром; наличие или отсутствие психоза; оценку смешанных и кататонических признаков; соматическое состояние; риск; условия помощи; лечение и мониторинг. Это не официальный бланк, а ориентир, помогающий не упустить клинические сведения.

Если по какому-либо пункту информации недостаточно, отмечают «пока не установлено», а не «отсутствует». Например, неполученные прежние документы не доказывают отсутствия мании. Разграничение достоверных сведений и пределов знания — основное требование клинического мышления даже в тяжелом состоянии.

Источники

[1] ВОЗ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F31.4–F31.5. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ВОЗ. Diagnostic criteria for research. F31.4–F31.5. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE CG185. Managing bipolar depression in adults in secondary care. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/recommendations

[4] NIMH. Bipolar Disorder. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder

23-ГЛАВА

Дистимия

F34.1

1 За жалобой «я всегда такой»

Дистимия характеризуется длительным депрессивным настроением. Иногда пациент не может назвать точную дату начала: «мне всегда трудно радоваться», «я работаю, но не получаю удовольствия от жизни», «это мой характер». Врач воспринимает такое описание не как суждение о личности, а как клиническую информацию, которую необходимо проверить во временной перспективе.

Клиническое руководство ВОЗ описывает дистимию как хроническое депрессивное настроение, которое может продолжаться несколько лет, но по тяжести либо продолжительности отдельных эпизодов не соответствует требованиям рекуррентного депрессивного расстройства. В исследовательских критериях прямо установлен период не менее двух лет. Важно сохранять это различие: любая двухлетняя депрессия не становится автоматически F34.1. [1, 2]

2 Продолжительность сама по себе не является диагнозом

У пациента, который на протяжении двух лет непрерывно соответствует полным критериям депрессивного эпизода, возможен хронический эпизод. Нельзя переименовывать его в дистимию только из-за длительности. Кроме того, последовательность отдельных эпизодов с периодами восстановления между ними может указывать на F33. При определении дистимии совместно оценивают основной фон настроения, выраженность симптомов и их изменения во времени.

Критерии DCR учитывают постоянную или часто повторяющуюся подавленность на протяжении не менее двух лет, ограниченную продолжительность периодов относительно хорошего настроения и отсутствие гипоманиакального эпизода в этот период. Симптомы дистимии могут не соответствовать непрерывно полным критериям депрессивного эпизода, однако страдание и влияние на функционирование реальны. Слово «легкий» не должно использоваться в значении «незначимый».

3 Раскрыть клиническую картину

Возможны быстрая утомляемость, низкая самооценка, безнадежность, трудности концентрации, изменения сна или аппетита, плаксивость, малоречивость и ощущение повседневных обязанностей как тяжелого бремени. Выполняя основные задачи, пациент может скрывать внутреннее страдание. Поэтому ошибочно говорить «депрессии нет» только потому, что человек ходит на работу.

Во время беседы спрашивают о том, как проходит обычный день, о способности получать удовольствие, близких отношениях, отдыхе, самооценке и отношении к будущему. Вопрос «каким бывает хороший день для вас?» может показать степень относительного восстановления. Иногда человек настолько долго живет с подавленностью, что не может представить себе другую жизнь.

Начало жалоб в детстве или подростковом возрасте дает основание также оценить историю развития, семейную среду, травму, особенности нейроразвития и личности. Однако тяжелое детство само по себе не подтверждает дистимию. Диагноз опирается на симптомы и течение.

4 Отличие от личностных особенностей

Немногословность, серьезность и интроверсия не являются болезнью. При дистимии сниженное настроение, недостаток удовлетворения и страдание приобретают клиническое значение. Личностные особенности могут устойчиво проявляться в разных ситуациях, тогда как аффективные симптомы имеют собственную динамику, усиливаются и ослабевают. На практике оба явления могут сочетаться, поэтому жесткое противопоставление «характер или болезнь» не всегда достаточно.

Врач не должен говорить пациенту: «Вы такой человек». Эти слова превращают поддающиеся лечению симптомы в неизменную судьбу. С другой стороны, неверно объяснять все трудности человека в отношениях только дистимией. Аффективные, личностные и социальные факторы рассматривают отдельно.

5 Присоединившийся депрессивный эпизод

На фоне хронически сниженного настроения могут появиться ангедония, уменьшение энергии, суицидальные мысли и отчетливое ухудшение функционирования. В литературе такое состояние иногда называют «двойной депрессией». Термин может быть полезен для клинического описания, но не является самостоятельным кодом МКБ-10. Критерии текущего эпизода проверяют полностью и фиксируют согласно применяемым правилам кодирования.

Слова пациента «мне всегда плохо» могут скрывать новое ухудшение. Поэтому сравнивают обычный фон и текущее состояние: ходил ли он раньше на работу и может ли сейчас; сохранялась ли прежде часть способности получать удовольствие, а теперь исчезла полностью? Вновь возникшие суицидальное намерение или психоз не принимают за «обычную часть дистимии».

6 Дифференциальная диагностика

Для оценки вероятности биполярного течения спрашивают об анамнезе гипомании и мании. При циклотимии наряду с подавленностью могут существовать периоды повышенного настроения; оценивать такой анамнез только по фразе «иногда бывает хорошо» нельзя. Употребление веществ, влияние лекарств, эндокринные и другие соматические состояния также проверяют с учетом анамнеза и осмотра.

Хроническая тревога, нарушения сна, боль, длительная реакция горя и социальные трудности могут сопутствовать депрессивным симптомам или имитировать их. Учитывают содержание и течение горя, культурный контекст и связь с утратой. Жизненные трудности не исключают клинической депрессии, однако и любую тяжелую жизнь нельзя обозначать как болезнь.

7 Лечение и реалистичные цели

План лечения основывается на симптомах, функциональных потерях, ранее полученной помощи и предпочтениях пациента. При хронических депрессивных симптомах могут рассматриваться психотерапевтические и фармакологические варианты. В психотерапии работают с длительным самоуничижением, безнадежными ожиданиями, отказом от деятельности и проблемами отношений. Принуждение пациента к «позитивному мышлению» не заменяет терапию. [3]

Цели должны быть измеримыми и поэтапными: восстановить ритм сна, вернуться к одному значимому занятию в неделю, адаптировать рабочую нагрузку, улучшить социальные связи. После лечения оценивают не только настроение, но и участие пациента в жизни. При длительном состоянии изменения могут происходить медленно, но это не означает бесполезности лечения.

8 Как восстановить хронологию хронического состояния?

При дистимии пациент может не ответить на вопрос: «Когда вы в последний раз чувствовали себя хорошо?» Тогда полезна беседа по этапам жизни: школа, учеба, первая работа, создание семьи, переезд и другие важные периоды. Спрашивают, какими на каж-

дом этапе были настроение, интересы, активность и отношения. Этот подход служит уточнению памяти, а не заранее определяет причину.

Периоды относительного благополучия также изучают подробно. Пациент мог хорошо работать, не чувствуя себя хорошо. Или в течение нескольких недель действительно восстанавливались интерес и надежда, после чего возвращался сниженный фон. Продолжительность и качество промежутков помогают отличить дистимию от рекуррентной депрессии. Если сохранились дневники или прежние записи, их сопоставляют с нынешними обобщенными воспоминаниями пациента.

9 Работа с убеждением «это мой характер»

Если пациент принимает длительные симптомы за собственную личность, надежда на лечение может быть слабой. В терапии обсуждают мысль «я таким родился и не изменюсь». Специалист не отвергает личность пациента и не предлагает принудительный оптимизм. Он помогает разделить симптом, привычку и ценность: например, быть серьезным человеком и не получать удовольствия ни от чего — не одно и то же.

Небольшие изменения дают возможность проверить это убеждение. Если, возобновив значимое занятие, пациент ощущает некоторое удовлетворение, это не означает изменения всей его личности; возможно, ослабла часть депрессивных ограничений. Опирающийся на такой опыт разговор практичнее общего совета «возьмите себя в руки».

10 Психотерапевтическая формулировка случая

При хронической подавленности руминации, самокритика, избегание и социальная изоляция могут взаимно поддерживать друг друга. Например, пациент считает себя неспособным и избегает новой задачи; отсутствие нового опыта не позволяет изменить убеждение; затем он снова оценивает себя как неспособного. Это не единый механизм всех случаев дистимии, а клиническая гипотеза, которую можно проверить у отдельного пациента.

Формулировку случая составляют вместе с пациентом, и она может меняться. Ее цель — не свести симптом исключительно к «неправильной мысли». Могут влиять и реальные обстоятельства: соматическое состояние, экономические трудности, насилие или одиночество. Терапия не должна заставлять человека приспосабливаться к реальной проблеме; она помогает изменить условия там, где это возможно, и найти эффективный ответ в остальных случаях.

11 При недостаточном ответе на лечение

Если после нескольких встреч изменений нет, не делают вывода «дистимия все равно не лечится». Пересматривают диагноз, сопутствующие расстройства, соответствие терапии, препятствия участию и цели. Если пациент не выполнил задание, выясняют причину: это могут быть трудности внимания, нехватка времени, страх, домашние условия или непонимание смысла задания.

При фармакотерапии также отдельно оценивают эффективность и нежелательные эффекты. Нарушения сна или тревога могли уменьшиться, тогда как основные депрессивные симптомы сохраняются. Отсутствие ответа на препарат не опровергает диагноз автоматически, но дает основание для повторной оценки. Важно сохранять долгосрочную цель и реалистично видеть промежуточные результаты.

12 Семья и социальная среда

Близкие могут воспринимать пациента как «вечно недовольного». Такое отношение усиливает конфликт, а пациент чувствует себя непонятым. С его согласия семье объясняют природу хронических депрессивных симптомов. Вместе с тем неправильно связывать с болезнью любой конфликт и полностью снимать с пациента ответственность в отношениях.

Цель помощи — уменьшить взаимные обвинения и выразить конкретные потребности. Общее высказывание «меня никто не понимает» можно превратить в практическую просьбу: «Мне помогло бы распределение вечерних обязанностей». Такая работа не заменяет лечения симптомов, но может создать благоприятную среду для восстановления.

13 Согласовать критерий восстановления с пациентом

При дистимии пациент может представлять «быть здоровым» как «никогда не огорчаться». Такая цель нереалистична и превращает небольшую печаль в признак неудачного лечения. Восстановление объясняют как улучшение обычного эмоционального диапазона, интереса, энергии и участия в жизни. Спрашивают, какой результат значим для самого пациента: проводить время с семьей, меньше перенапрягаться на работе или снова заинтересоваться чтением книг.

Наряду с симптоматической шкалой отслеживают эти личные цели. Если балл уменьшился, но пациент не почувствовал изменений в жизни, это расхождение обсуждают. И наоборот, улучшение деятельности не позволяет игнорировать остаточную безнадежность. При хроническом состоянии особенно ограниченно сводить результат к одному показателю.

14 Продолжительность болезни и надежда

Длительные симптомы могут утомлять и пациента, и специалиста. Однако большая продолжительность не является основанием отказываться от помощи. Реалистичная надежда отличается от обещания быстрого и полного результата: открыто обсуждают, какие изменения возможны, какие препятствия существуют и какой шаг предстоит сделать. Специалист не обещает «вы обязательно изменитесь за неделю», но и не отрицает возможности улучшения.

Если один метод не подходит, это не вина пациента. Повторно оценивают диагноз, сопутствующую проблему, терапевтические отношения и формат помощи. При длительном лечении важно показывать пациенту, что его мнение услышано. Информацию о заболевании также предоставляют не один раз, а повторяют по мере необходимости.

15 Учебный клинический пример

В условном учебном примере 34-летний инженер сообщает о сниженном настроении, низкой самооценке и недостатке радости на протяжении четырех лет. Он работает, но считает отдых «бесполезным». Восстановление анамнеза выявляет длительный сниженный фон, однако на всем его протяжении полные критерии депрессивного эпизода непрерывно не выполнялись. Гипомании в анамнезе нет. Соматические причины и причины, связанные с веществами, оценивают по клиническим основаниям.

Однако за последний месяц он перестал ходить на работу, ангедония резко усилилась и появились мысли о нежелании жить. Врач не просто повторяет F34.1: присоединившийся депрессивный эпизод и риск оценивают отдельно. Этот пример показывает, что хронический фон не должен мешать заметить новый эпизод.

16 Сравнительный учебный пример

В первой учебной ситуации человек много лет немногословен, но удовлетворен работой, семьей и занятиями в одиночестве; клинического страдания и функциональных потерь нет. Это не основание превращать интроверсию в дистимию. Во второй ситуации человек постоянно ощущает себя ничтожным, не получает удовлетворения ни от какой деятельности, считает будущее безнадежным, и это продолжается долго. Здесь необходимо проверить аффективное расстройство. Оба человека могут быть немногословны, но клиническое значение признака различается.

17 Заключительное сравнение для практики

Полный тяжелый депрессивный синдром, продолжающийся два года, и субсиндромальное снижение настроения той же длительности — не одно и то же. В первом случае проверяют хроническое течение эпизода, во втором — вероятность дистимии. Если к дистимическому фону присоединяется полноценный эпизод, новый синдром рассматривают отдельно. При выявлении гипомании в анамнезе аффективный диагноз пересматривают.

Это сравнение отличает F34.1 от простого ярлыка «длительная депрессия». Диагноз определяется сочетанием продолжительности, выраженности симптомов и структуры эпизодов. Слова пациента «я всегда такой» не завершают беседу, а, напротив, начинают более глубокое изучение.

Источники

[1] ВОЗ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F34.1. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ВОЗ. Diagnostic criteria for research. F34.1. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE NG222. Chronic depressive symptoms. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

24-ГЛАВА

Другие устойчивые расстройства настроения

F34.8

1 Назначение рубрики

F34.8 обозначает другие устойчивые аффективные расстройства в МКБ-10. Это не «коробка» для любых непонятных жалоб на настроение. Клиническое руководство ВОЗ подразумевает другие устойчивые аффективные состояния, которые не полностью соответствуют критериям циклотимии или дистимии, но имеют клиническое значение. [1]

Термин «устойчивый» не означает, что симптомы неизменны каждую секунду. Настроение может колебаться, однако общий фон расстройства сохраняется длительно. Кроме того, F34.8 не означает «легкая болезнь» или «лечение необязательно». Функциональное влияние и риск оценивают независимо от кода.

2 Объяснить, почему это не F34.1

Выбирая F34.8, врач явно показывает сравнение с дистимией и циклотимией. Достаточна ли продолжительность? Соответствует ли совокупность симптомов? Есть ли периоды повышенного настроения? Не выявляется ли полноценный депрессивный, гипоманиакальный или маниакальный эпизод? Если выполняются критерии полного эпизода, ограничение формулировкой «другое устойчивое расстройство» может привести к потере важной клинической информации.

Нельзя самостоятельно придумывать для этой рубрики новые жесткие критерии или одинаковый для всех порог в месяцах. Следует опираться на описание в основном тексте МКБ-10 ВОЗ и местные правила кодирования. Не нужно смешивать специальные названия национальных модификаций с основной рубрикой. Автоматическое отождествление стойкого депрессивного расстройства DSM с F34.8 или F34.1 также неверно.

3 Как собирают клиническую информацию?

Прежде всего составляют временную линию: отмечают прежнее обычное состояние, период начала изменений, относительно благополучные промежутки, стрессовые и соматические события. Если пациент описывает несколько лет одним словом «плохо», полезно

разделить их на конкретные месяцы и жизненные события. Дата увольнения, переезда, родов или заболевания может служить опорой памяти, но не считается причиной автоматически.

Затем оценивают структуру симптомов. Какова выраженность подавленности, ангедонии, изменений энергии, сна, внимания, самооценки и тревоги? Симптомы появляются одновременно или сменяют друг друга? Периоды хорошего настроения — нормальное восстановление или напоминают гипоманию? Эти вопросы помогают не только обосновать F34.8, но и найти другой, более точный диагноз.

При функциональной оценке не опираются исключительно на безработицу или госпитализацию. Пациент может выполнять обязанности, но ценой большого внутреннего напряжения, социальной изоляции и снижения качества жизни. При этом его темперамент, культурная среда и привычный образ жизни не должны интерпретироваться как болезнь.

4 Приоритетные направления дифференциальной диагностики

Первое направление — аффективные эпизоды. Длительный полноценный депрессивный синдром может указывать на хроническое течение в рамках F32 или F33. Анамнез гипомании или мании направляет поиск в сторону биполярного расстройства. Подъемы и спады настроения без полноценных эпизодов требуют оценки вероятности циклотимии.

Второе направление — органические состояния, влияние веществ и лекарств. Началось ли изменение настроения после неврологического заболевания, связано ли оно с алкоголем или другими веществами, совпадает ли по времени с новым препаратом? Одного совпадения недостаточно для признания причинной связи; необходимы клиническое обоснование, обследование и оценка динамики.

Третье направление — тревога, адаптация к стрессу, длительное горе и личностные проблемы. Резкие колебания настроения продолжительностью несколько часов после каждого конфликта в отношениях не равны длительному аффективному эпизоду. Диагноз опирается не только на интенсивность симптома, но и на его продолжительность, контекст и связь с другими признаками.

5 Различие между «другими» и «неуточненными»

F34.8 не следует использовать как взаимозаменяемый с F34.9. «Другие» означает, что клиническая картина описана и объяснено, почему она не полностью соответствует основным рубрикам. «Неуточненные» указывает на недостаточность информации или

уточнения. Иногда на первом приеме достичь определенности невозможно. Тогда вместо выдумывания недостоверных деталей фиксируют неопределенность и составляют план наблюдения.

Последующее уточнение диагноза — не «отказ» врача от прежнего мнения, а адаптация к новым данным. При расстройствах настроения длительное наблюдение иногда дает больше информации, чем первая беседа. Однако наблюдать — не значит «ждать, ничего не делая»: помощь оказывают в соответствии со страданием, нарушениями функционирования и риском.

6 В лечении ведущую роль играет клиническая цель, а не код

Для F34.8 нет единой готовой лекарственной схемы, подходящей всем. План основывается на преобладающих симптомах, сопутствующих расстройствах, функциональном влиянии и предпочтениях пациента. При хронических депрессивных симптомах рассматривают соответствующие психотерапевтические и фармакологические возможности. Но наличие кода F34.8 не служит основанием для автоматического назначения антидепрессанта.

Психотерапия может включать работу с повседневной активностью, сном, избеганием, руминациями, отношениями и управлением стрессом. Цели формулируют конкретно. Например, вместо «в целом чувствовать себя хорошо» удобнее отслеживать цель «в течение месяца возобновить два запланированных занятия после работы». При усилении симптомов повторно проверяют полноценный эпизод или биполярные признаки.

7 Диагностическая скромность и клиническая ответственность

При работе с редко используемыми рубриками специалист сталкивается с двумя рисками: применять их чрезмерно широко или избегать полностью. Присваивать F34.8 при любом хроническом недовольстве — гипердиагностика. С другой стороны, игнорирование клинически значимого состояния, не вполне соответствующего основной рубрике, под предлогом «диагноза нет» также может лишить пациента помощи. Баланс достигается точным описанием и повторной оценкой.

В клинической записи одновременно отражают «что есть?» и «чего нет?». Например: устойчивый подавленный фон и влияние на функционирование имеются, но полноценный депрессивный эпизод не подтвержден; достоверных сведений о гипомании нет; соответствие критериям дистимии ограничено. Такое описание информативнее кода. Однако каждый отрицаемый критерий должен быть действительно выяснен при расспросе или проверен.

8 Различать устойчивое расстройство и личностную нестабильность

У некоторых пациентов настроение очень быстро реагирует на внешние события. В течение нескольких часов сменяются огорчение, гнев и облегчение. У других сниженный аффективный фон сохраняется днями и неделями. Такая временная структура важна для дифференциальной диагностики, но сама по себе недостаточна. Личностные особенности, травма, тревога и аффективные расстройства могут сочетаться.

В клинической беседе вместо общего вопроса «у вас быстро меняется настроение?» спрашивают о конкретном событии. Когда началось изменение, сколько оно продолжалось, что происходило с энергией и сном, каким было состояние на следующий день? Благодаря этим подробностям слово пациента «переменчивость» приобретает клинический смысл. Следует избегать скачка от общей фразы к готовому диагнозу.

9 Целенаправленная организация наблюдения

При длительном наблюдении каждый прием не должен становиться механическим повторением одних вопросов. Проверяют прежние гипотезы: превратились ли симптомы в самостоятельный эпизод, есть ли нормальные промежутки, появилось ли повышение настроения, изменилось ли состояние при уменьшении стресса? Эти вопросы определяют цель следующего приема. Срок повторной оценки соответствует тяжести симптомов и риску.

Если пациент пользуется краткой формой наблюдения, в ней можно фиксировать не только числовую оценку настроения, но и сон, энергию, активность и важные события. Однако чрезмерно сложная форма становится нагрузкой. Сам сбор информации не должен заслонять терапевтическую цель. Заранее определяют, какие сведения повлияют на клиническое решение.

10 Пробное лечение не доказывает диагноз

Улучшение после антидепрессанта не является тестом, подтверждающим F34.8. Лечение может воздействовать на симптомы при разных состояниях, а за это время могут измениться и жизненные обстоятельства. Аналогично отсутствие ответа на одно средство не исключает все аффективные расстройства. Диагноз опирается на симптомы, течение и критерии исключения; ответ на лечение — дополнительная информация.

Поэтому подхода «попробуем лекарство, если поможет — диагноз верный» недостаточно. До начала лечения определяют цель, ожидаемый результат и риск. Затем результат оценивают относительно этих целей. При неэффективности необходимо не только перейти к следующему средству, но и пересмотреть первоначальную клиническую формулировку случая.

11 Границы доказательной базы для малоизученной рубрики

Специальные исследования и готовые алгоритмы лечения F34.8 могут быть ограниченнее, чем для основных депрессивных рубрик. Поэтому полное автоматическое применение общего руководства по депрессии к этому коду требует осторожности. Специалист должен понимать, какая рекомендация непосредственно соответствует профилю симптомов, а какая осторожно переносится из другой клинической ситуации.

Объяснение пациенту границ доказательной базы не означает отказа в помощи. Фраза «ваше состояние не вполне соответствует стандартной рубрике, поэтому важны целевой план и наблюдение» помогает управлять неопределенностью. В ходе лечения регулярно оценивают результат и нежелательные эффекты; неэффективный план не продолжают только ради сохранения кода.

12 Клиническое обсуждение с коллегой

Если диагноз долго остается неясным, может быть полезно обсуждение с соответствующим специалистом или клинической командой. На обсуждение выносят не только код, но и временную линию, симптомы, функционирование, соматические сведения и информацию о веществах, предыдущее лечение и нерешенные вопросы. Тогда второе мнение опирается на реальные клинические данные.

Если коллега предлагает другой код, это не означает автоматически, что один прав, а другой ошибается. Обсуждают, какие критерии и данные различаются. Дальнейший план доводят до пациента последовательно и понятно; противоречивые объяснения не должны сбивать его с толку. Цель клинического сотрудничества — не победить в споре о диагнозе, а обеспечить более точную помощь пациенту.

13 Личные цели пациента

Редкость кода не делает жизненные цели пациента второстепенными. Его основной трудностью может быть внимание на работе, холодность в отношениях или постоянная усталость. Лечение охватывает и эту реальную потребность. Если цели связаны с симптомами и функционированием, результат помощи можно оценивать и в период уточнения диагноза.

Такой подход устраняет искусственную последовательность «сначала найдем идеальный код, потом улучшим жизнь». Диагностическую работу и практическую помощь проводят одновременно, но обе имеют собственные доказательные основания и пределы.

14 Учебный клинический пример

В условном учебном случае 31-летний сотрудник сообщает о длительном подавленном фоне, усталости и снижении интереса. Имеющиеся сведения не подтверждают полноценный депрессивный эпизод; временная и симптоматическая структура также не вполне соответствует дистимии. Вместо того чтобы на коротком приеме записать F34.8 как готовый ответ, врач проверяет хронологию симптомов, стресс, употребление веществ и периоды повышенного настроения.

Если дальнейшая оценка подтверждает устойчивое клинически значимое аффективное состояние, а другая, более точная рубрика не подходит, выбор F34.8 может быть обоснован. Если информации все еще недостаточно, указывают предварительный характер диагноза. Цель примера — не показать автоматическое присвоение кода после определенного числа месяцев, а продемонстрировать обоснованное клиническое решение, допускающее пересмотр.

15 Второй учебный пример: уточнение диагноза

В условной учебной ситуации 38-летний пациент наблюдается с рабочим диагнозом F34.8 из-за длительной подавленности. Позднее выясняется, что в нескольких предыдущих периодах были снижение потребности во сне, необычная энергия и расходы. На первом приеме об этом не сообщалось. Врач принимает новые сведения и проверяет биполярное течение, а не отбрасывает их ради защиты прежнего кода.

В другой учебной ситуации продолжительность и структура симптомов позднее полностью соответствуют критериям дистимии. Уточнение кода не обязательно означает ухудшение болезни. Оно может быть результатом увеличения объема информации или уточнения временного критерия. Если объяснить пациенту это различие, тревога из-за изменения диагноза уменьшается.

16 Применение главы на практике

Специалист, записавший F34.8, должен спросить себя: «Поймет ли следующий коллега, какое клиническое состояние стоит за этим кодом?» Если нет, описания недостаточно. Помимо кода излагают симптомы, временную структуру, функционирование, риск и план повторной оценки. Тогда редкая рубрика становится не неопределенным ярлыком, а точным средством клинического общения.

Источники

[1] ВОЗ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F34 и F34.8–F34.9. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] BO3. Diagnostic criteria for research. F34. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE NG222. Assessment; chronic depressive symptoms. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

25-ГЛАВА

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

F41.2

1 Две группы симптомов, но не два полноценных диагноза

F41.2 обозначает состояние, при котором тревожные и депрессивные симптомы присутствуют одновременно, однако ни одна из этих групп сама по себе не выражена настолько, чтобы обосновать самостоятельное расстройство. Неверно использовать эту рубрику в общем смысле «к депрессии присоединилась тревога». Тревога может сопровождать полноценный депрессивный эпизод; полноценная депрессия может также сочетаться с самостоятельным тревожным расстройством. Эти состояния не тождественны F41.2. [1, 2]

В клиническом руководстве ВОЗ подчеркивается, что ни тревога, ни депрессия не должны явно преобладать, а выраженность каждой из них должна быть недостаточной для отдельного диагноза. Указано, что вегетативные симптомы должны присутствовать хотя бы время от времени. Одного лишь описания беспокойства и печали недостаточно для обоснования этой рубрики.

2 Выявление тревожной составляющей

У пациента могут наблюдаться беспокойство, ожидание плохого события, напряжение, неспособность расслабиться и трудности с концентрацией внимания. Уточняют наличие вегетативных симптомов: сердцебиения, дрожи, потливости, сухости во рту или дискомфорта в животе. Прежде чем считать эти признаки психогенными, по клиническим показаниям оценивают соматические причины.

Важны содержание тревоги и ее временная структура. Постоянна ли она и охватывает ли разные сферы, связана ли с определенной ситуацией, возникает ли приступами? Есть ли навязчивые мысли и действия? Связана ли она с травматическими воспоминаниями? Если полностью выполняются критерии панического, генерализованного тревожного, фобического или обсессивно-компульсивного расстройства, нельзя скрывать их внутри F41.2.

3 Выявление депрессивной составляющей

Оценивают сниженное настроение, уменьшение интереса и энергии, низкую самооценку и пессимистический взгляд в будущее. Однако следует избегать двойного учета любого случая бессонницы или утомляемости как признака депрессии: они могут быть связаны также с тревогой, соматическим состоянием или режимом сна.

Уточняют длительность, одновременное присутствие симптомов и их влияние на функционирование. Если полностью выполняются критерии депрессивного эпизода, нельзя искусственно занижать тяжесть депрессии ради сохранения названия «смешанное». Задача F41.2 состоит не в сокрытии полноценных синдромов, а в точном описании смешанного клинического состояния, не достигающего их уровня.

4 Разграничение четырех клинических ситуаций

В первой ситуации и тревога, и депрессивные симптомы клинически значимы, однако обе группы не достигают порога самостоятельного диагноза. При выполнении соответствующих условий рассматривается F41.2.

Во второй ситуации имеется полноценный депрессивный эпизод, а тревога наблюдается в его рамках или как дополнительный симптом. Здесь необходимо установить основной депрессивный диагноз, клинически описать тревогу и включить ее в план лечения.

В третьей ситуации выполняются критерии самостоятельного тревожного расстройства, а депрессивные симптомы остаются на субсиндромальном уровне. Тревожное расстройство становится основным направлением работы, но депрессивные симптомы не остаются без внимания.

В четвертой ситуации выполняются критерии обоих самостоятельных синдромов. Соответственно фиксируют оба диагноза; F41.2 их не заменяет. То, какой проблеме уделить внимание в первую очередь, определяется риском, тяжестью состояния и потребностями пациента.

5 Отличие от состояния, связанного со стрессом

При тревожно-депрессивной реакции, начавшейся после определенного жизненного изменения или стрессора, оценивают расстройство адаптации в рамках F43.2. Клиническое руководство ВОЗ указывает на необходимость рассмотреть это направление, если смешанные симптомы тесно связаны со значимым изменением жизни или стрессом. Однако наличие стресса не означает автоматически расстройства адаптации: проверяют, нет ли полноценного депрессивного или другого синдрома.

Слова пациента «все началось с работы» важны, но недостаточны для вывода о причине. Оценивают предшествующие симптомы, временную связь, динамику после прекращения стресса и клинические критерии. При постановке диагноза учет жизненного контекста сочетают с признанием самостоятельной тяжести симптомов.

6 Инструменты оценки и риск

Шкалы тревоги и депрессии помогают отслеживать динамику двух групп симптомов. Умеренные баллы по обеим шкалам не подтверждают F41.2 автоматически. Шкала не заменяет клинической беседы, временных критериев и дифференциальной диагностики. Особенно важно помнить, что соматические симптомы могут учитываться повторно в обеих шкалах.

Термин «субсиндромальный» не означает отсутствия суицидального риска. Прямо спрашивают о таких факторах, как безнадежность, мысли о самоповреждении, употребление психоактивных веществ и домашнее насилие. При возникновении острого риска организуют соответствующую неотложную помощь независимо от названия диагноза.

7 Лечение: без упрощения и избыточной медикализации

Сначала пациенту объясняют взаимосвязь симптомов. Тревога нарушает сон, бессонница усиливает утомление, утомление снижает активность, а это может усилить подавленность и породить новую тревогу. Этот круг не означает, что «все у вас в голове»; симптомы реальны, и с ними можно работать.

В психологической помощи могут применяться планирование активности, проверка тревожных предположений, уменьшение избегающего поведения, решение проблем и работа с привычками сна. Выбор индивидуален. Необходимость лекарств рассматривают с учетом длительности симптомов, их влияния на функционирование, сопутствующих диагнозов, предыдущего эффекта лечения и желания пациента. Наличие кода F41.2 не является основанием для автоматического назначения антидепрессанта или успокаивающего средства.

Использование бензодиазепинов как привычного долгосрочного решения может привести к зависимости, толерантности и проблемам отмены. При выборе фармакотерапии определяют цель, предполагаемую длительность, побочные эффекты и срок повторного осмотра. Недопустимо как оставлять пациента без помощи со словами «состояние легкое, справляйтесь сами», так и избыточно медикализировать его состояние длинным списком лекарств.

8 Взаимодействие симптомов и осторожность в выводах о причинах

Тревога и депрессия могут усиливать друг друга, однако не у каждого пациента легко определить, что началось раньше. Возможно, из-за тревоги пациент избегал активности, после чего сократились социальные контакты и чувство удовлетворения. У другого пациента сначала могло возникнуть депрессивное снижение энергии, а невыполненные задачи вызвали новую тревогу. Эта последовательность помогает определить терапевтическую цель, но не заменяет критериев самостоятельных синдромов.

В клинической формулировке полезен вопрос: «Какое звено можно изменить сейчас?» Режим сна, избегание, чрезмерные проверки или откладывание задач могут стать для пациента практической отправной точкой. Для этого необязательно абсолютно точно установить причину всего заболевания, но опасные состояния и состояния, требующие другого специального лечения, должны быть оценены.

9 Серьезное отношение к вегетативным симптомам

Нельзя без обследования говорить пациенту, обратившемуся с сердцебиением или нехваткой воздуха, что это «от нервов». Новые, сильные симптомы или симптомы, сопровождающиеся клиническими признаками опасности, требуют соответствующей медицинской оценки. При этом и после оценки опасных соматических причин неверно отрицать телесные страдания пациента. Психофизиологический симптом реален, это не означает, что он выдуман.

Повторные обследования иногда кратковременно успокаивают пациента, но могут поддерживать тревогу в долгосрочной перспективе. Эту возможность обсуждают осторожно и на клинической основе. Цель состоит не в отмене необходимого обследования, а в определении разумных границ обследования и психологической помощи. Если возникает новый симптом или новый риск, прежний диагноз «тревога» не должен препятствовать повторной медицинской оценке.

10 Пример понятного пациенту объяснения

«У вас одновременно появляются признаки тревоги и подавленности. По текущей оценке каждая из этих групп в отдельности еще не достигла уровня полноценного синдрома, но они влияют на вашу повседневную жизнь. Поэтому мы не делаем вывода, что помощь не нужна. Мы составим план, чтобы уменьшить симптомы и наблюдать за динамикой». Этот учебный пример общения адаптируют к реальной оценке каждого пациента.

Фразы «у вас ничего нет» или «это только нервы» могут вызвать у пациента ощущение, что его не понимают. Напротив, последовательное перечисление множества диагнозов способно напугать его еще сильнее. Точное, очерченное по объему и обнадеживающее объяснение признает реальность симптомов, но не представляет их как необратимое состояние.

11 Изменение диагноза в динамике

Симптомы, которые на первом приеме были субсиндромальными, впоследствии могут развиться в полноценный депрессивный эпизод. Либо тревога уменьшается, и вместе с ней исчезают депрессивные признаки. Поэтому неверно объяснять F41.2 как неизменную личностную особенность. При повторной оценке не ограничиваются общим вопросом «вам лучше?», а проверяют каждую группу симптомов и функционирование.

Появление новых суицидальных мыслей, резкое усиление ангедонии, увеличение энергии при снижении потребности во сне, психоз или рост употребления психоактивных веществ служат основанием для быстрого пересмотра диагноза и риска. Напротив, если симптомы уменьшились, обсуждают постепенное завершение помощи и закрепление самостоятельных навыков. Цель наблюдения не в том, чтобы бессрочно привязать пациента к службе помощи.

12 Культурные особенности языка и клинический смысл

Пациент может описывать тревогу и подавленность не медицинскими терминами, а выражениями вроде «мне тоскливо», «на сердце неспокойно», «ничего не могу терпеть». Специалист не превращает эти слова в готовый симптом, а спрашивает, что они означают для пациента. Одна и та же фраза у одного человека может выражать тревогу, у другого печаль, у третьего телесный дискомфорт.

Клинический перевод не должен стирать язык пациента. В документе можно одновременно привести его важное выражение и уточненное описание специалиста. Это поможет и следующему специалисту. Вместо того чтобы поправлять пациента словами «говорите правильными терминами», приоритет отдают пониманию его опыта.

13 Выбор интенсивности помощи

Даже при субсиндромальных симптомах социальная ситуация или сопутствующее заболевание могут повышать потребность в помощи. Проживание в одиночестве, наличие человека на попечении, употребление психоактивных веществ или медицинская про-

блема влияют на план. Нельзя только по коду назначать всем пациентам одинаковое число встреч или одну форму лечения. Безопасность, функционирование и возможности пациента учитывают в совокупности.

Психологическая помощь низкой интенсивности может быть удобным началом для одного пациента, тогда как другому необходима более глубокая оценка. При выборе онлайн-помощи согласовывают конфиденциальность, качество связи и порядок действий при возникновении риска. Формат помощи выбирают не потому, что он современный, а потому, что соответствует потребностям пациента.

14 Учебный клинический пример

В учебном примере 27-летний сотрудник описывает беспокойство, периодическое сердцебиение, быструю утомляемость и частичное снижение интереса в течение нескольких месяцев. Он продолжает работать, но отказывается от планов на вечер. В ходе беседы критерии депрессивного эпизода и самостоятельных тревожных расстройств полностью не выполняются, однако обе группы симптомов вызывают страдание и влияют на функционирование. Оценивают расстройство адаптации, связанное с конкретным стрессором, а также причины, связанные с психоактивными веществами и соматическими заболеваниями.

При подтверждении соответствующих условий диагноз F41.2 может быть обоснован. Однако в ходе наблюдения диагноз не считают неизменным: если депрессия углубляется или формируется самостоятельный тревожный синдром, проводят повторную оценку. Цель качественной помощи в этом случае не в сохранении кода, а в улучшении состояния пациента и точном понимании динамики.

15 Конкретный пример психотерапевтической работы

В учебной ситуации пациент, боясь ошибиться на работе, перечитывает письмо десять раз. Из-за потери времени задачи накапливаются, он чувствует себя неспособным справиться, а к вечеру у него ни на что не остается желания. В терапии этот круг исследуют вместе с пациентом. Можно выбрать такие практические шаги, как сокращение числа перечитываний до согласованного уровня, разделение задачи на части и оценка результата.

В этом примере также оценивают, соответствует ли чрезмерное проверочное поведение критериям обсессивно-компульсивного расстройства. Если самостоятельное ОКР подтверждено, его нельзя скрывать ради сохранения F41.2. Выявление психотерапевтического механизма не прекращает диагностическое обследование, а, напротив, углубляет его.

16 Учебный вопрос для сравнения

У пациента полностью выполняются критерии депрессивного эпизода и одновременно присутствует клинически значимая тревога. Устанавливают ли F41.2 лишь потому, что имеются обе группы симптомов? Нет. Прежде всего фиксируют депрессивный эпизод и проверяют, соответствует ли тревога самостоятельному синдрому. У другого пациента обе группы симптомов субсиндромальны, но вегетативных симптомов нет. И в этом случае нельзя автоматически устанавливать F41.2: пересматривают выбранные критерии МКБ-10 и другие возможные объяснения. Именно эти различия не позволяют свести код к простой формуле «есть оба признака».

17 Завершение помощи и план повторного обращения

Когда симптомы уменьшаются и функционирование восстанавливается, обсуждают завершение помощи. Пациент должен знать, какой навык помог ему, на какие ранние признаки обращать внимание и когда обращаться повторно. Это готовит его к самостоятельному управлению состоянием, а не к постоянному ожиданию болезни. Периодическое возникновение обычной тревоги или печали не означает неудачи.

Источники

[1] ВОЗ. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F41.2 и F43.2. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[2] ВОЗ. Diagnostic criteria for research. F41.2. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[3] NICE NG222. Depression in adults: treatment and management. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[4] NICE CG113. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/recommendations

26-ГЛАВА

Кратковременная депрессивная реакция

F43.20

1 26.1. Место диагноза и принадлежность кода к конкретной версии

Не всякая печаль после стресса является болезнью. При оценке подавленности после конфликта с близким человеком, потери работы или тяжелого известия важно не само наличие эмоции, а ее длительность, управляемость, влияние на повседневные обязанности человека и его безопасность. Говоря о расстройстве адаптации, врач должен обосновать связь между стрессором и клиническими изменениями.

Используемый в этой главе код F43.20 относится к дополнительной нумерации, приведенной в исследовательских критериях психических расстройств МКБ-10 ВОЗ: легкая депрессивная реакция длится не более одного месяца. Этот код не следует смешивать с американской системой ICD-10-CM. Один и тот же номер в национальной модификации может иметь другое значение. В практической документации указывают местную версию классификации. [26.1]

При расстройстве адаптации важно, что симптомы обычно начинаются в течение одного месяца после стрессора. Эту временную связь отражают в клинической документации; сама по себе длительность не доказывает причинной связи.

Наличие стрессора не исключает депрессивного эпизода F32. Если сформировался полноценный депрессивный синдром, неверно оставлять его лишь на уровне реакции, руководствуясь мыслью «ведь для этого есть причина». И наоборот, естественную печаль без клинически значимого нарушения также не следует превращать в диагноз.

2 26.2. Построение временной линии

Полезно начать беседу вопросом «Что произошло?» и продолжить вопросами «Когда вы заметили изменения?», «Как вы чувствовали себя до этого?» и «Что вы сейчас не можете делать?». На одной временной линии отмечают дату стрессора, начало симптомов, пропуски работы или учебы, изменения сна и аппетита.

Например, пациент мог сильно плакать в день увольнения, но одного этого недостаточно для диагноза расстройства адаптации. В последующие недели он не может подготовить документы, избегает общения с семьей и проводит большую часть дня без движения. Теперь необходимо исследовать не только эмоции, но и утрату функционирования. Другой пациент после такого же стресса, хотя и расстроен, продолжает выполнять повседневные обязанности и получает помощь близких. Этим двум состояниям нельзя давать один и тот же ярлык.

3 26.3. Четыре направления клинической беседы

Первое направление — симптомы. Отдельно спрашивают о настроении, интересе, энергии, сне, аппетите, внимании, самооценке и безнадежности. Второе — функционирование: личная гигиена, уход за ребенком, работа, учеба, финансовые и бытовые обязанности. Третье — безопасность: суицидальные мысли, самоповреждение, насилие, употребление алкоголя или других веществ. Четвертое — предшествующая история: прежние депрессивные эпизоды, признаки мании или гипомании, лечение и семейный анамнез.

Выражение «реакция легкая» не означает отсутствия суицидального риска. У некоторых людей даже при небольшом количестве симптомов чувство стыда, одиночества или безвыходности резко повышает риск. Если есть мысли о смерти, прямо и без осуждения оценивают их содержание, намерение, план, доступность средств и защитные факторы.

4 26.4. В чем заключается краткосрочная психологическая помощь?

Первоначальная цель — не «сразу развеселить» человека, а восстановить управляемый жизненный распорядок. Вместе с пациентом составляют список проблем: что можно решить сейчас, что требует внешней помощи, а что — времени и принятия. На первую неделю выбирают две-три выполнимые задачи.

Вместо требования сразу откликнуться на десятки вакансий с потерявшим работу пациентом договариваются, что первым шагом он откроет резюме, а вторым — обратится к одному знакомому. Небольшая цель не означает незначительность: она восстанавливает активность и чувство контроля. Режим сна, регулярное питание, физическая активность и социальные связи служат поддерживающей основой, но не заменяют профессиональной оценки.

Назначение лекарства не вытекает автоматически из названия диагноза. При кратковременной реакции антидепрессант требуется не всегда. Решение принимают на основании тяжести симптомов, сопутствующих заболеваний, желания пациента, прежнего эффекта и рисков. У человека с риском зависимости бесконтрольное назначение «успокаивающих» средств требует особенно осторожного подхода. Общие рекомендации по депрессии нельзя полностью приравнивать к рекомендациям по расстройству адаптации. [26.2]

5 26.5. Наблюдение и пересмотр диагноза

Дату следующей встречи назначают уже на первом приеме. Объясняют порядок обращения при усилении симптомов или возникновении риска, не дожидаясь запланированной даты. В динамике спрашивают не только «вам лучше?», но и о конкретных, ранее согласованных аспектах функционирования: посещении работы, питании, уходе за ребенком, общении с близкими.

Длительность более месяца — повод для повторной оценки, а не для механической замены кода. Продолжается ли легкая реакция, сформировался ли полноценный депрессивный эпизод, сохраняется ли стресс или выявлено другое расстройство? Диагноз — динамическое клиническое заключение, а не клеймо, поставленное на первой встрече.

6 26.6. Учебный случай и вывод

Учебный пример: 29-летняя женщина обратилась через десять дней после сокращения ее должности. Настроение снижено, ей трудно заснуть, однако она продолжает заботиться о дочери и чувствует облегчение от разговоров с близкими. При беседе мания, психоз и суицидальное намерение не выявлены. Рассматривая вероятность кратковременной реакции, врач согласовал наблюдение за функционированием и симптомами, помощь, направленную на решение проблем, и повторную встречу. В этом сценарии окончательный код выбирают с учетом местной версии классификации и полных критериев.

Клинический урок: необходимо одновременно показать связь со стрессом, отличить естественную эмоцию от болезни и не пропустить депрессивный эпизод. Ни «есть стресс», ни «еще не прошел месяц» сами по себе не являются диагнозом.

7 26.7. Между нормальной печалью, трудностями адаптации и болезнью

При обычной печали внимание человека может быть преимущественно связано с конкретной утратой или проблемой. В отдельные моменты он откликается на близость, юмор или хорошую новость, не утрачивает полностью чувство собственной ценности и постепенно начинает приспосабливаться к жизни. Однако каждый из этих признаков в отдельности не исключает болезни. Горе и депрессивный эпизод могут присутствовать одновременно; сам факт печального события не исключает депрессию автоматически.

При расстройстве адаптации реакцию человека оценивают в его индивидуальном и культурном контексте. Событие, кажущееся одному человеку незначительным, для другого может означать потерю жилья, репутации, безопасности семьи или будущего. Врач не навязывает собственную норму словами «не стоит так из-за этого расстраиваться». В то же время сама по себе тяжелая ситуация недостаточна для психиатрического диагноза: необходимы данные о симптомах и функционировании.

Важно сохранять равновесие между риском медикализации горя и риском недостаточной помощи. Человек без установленного диагноза также может нуждаться в психологической, социальной или практической поддержке. Если право на помощь связывать только с F-кодом, человек либо получает излишний ярлык болезни, либо остается совсем без помощи.

8 26.8. Клинический алгоритм первого приема

Первый шаг — оценка острого риска. При суицидальном намерении, тяжелом психозе, нарушении сознания, неспособности ухаживать за собой или опасном состоянии отмены вещества тонкие различия кодирования кратковременной реакции отходят на второй план. Приоритет принадлежит неотложной медицинской и психиатрической помощи.

Второй шаг — проверка полноценного аффективного синдрома. Пациента необходимо спрашивать не только о подавленности, но и об утрате интереса и удовольствия. Возникают ли симптомы лишь при воспоминании о стрессоре или сохраняются большую часть дня в разных ситуациях? Насколько выражены чувство собственной никчемности, изменения энергии и внимания? Эти вопросы раскрывают распространенность симптомов.

Третий шаг — оценка временной и содержательной связи со стрессором. Без сведений о функционировании и настроении до стрессора нельзя чрезмерно уверенно указывать причину. С разрешения пациента прежние медицинские записи и наблюдения близкого человека дают дополнительные сведения. Четвертый шаг — документирование версии кода, рабочего диагноза, плана и даты повторной оценки.

9 26.9. Измерение функционирования на конкретных примерах

Жалоба «я стал хуже работать» может означать разную степень нарушения. Выполняет ли человек работу медленнее обычного, полностью забросил обязанности или допускает на работе много ошибок? Учащийся посещает занятия, но не может запомнить текст? Обеспечивает ли родитель основные потребности ребенка? Конкретные сведения о функционировании становятся также критерием результата лечения.

При оценке нельзя полагаться на внешний вид. Опрятно одетый пациент дома может не есть или плакать всю ночь. И наоборот, усталый вид сам по себе не доказывает тяжелую степень депрессии. Субъективное страдание пациента и объективное функционирование описывают совместно.

При использовании краткой шкалы проверяют ее язык и понимание пациентом. Балл можно сопоставить с клинической беседой и на следующей встрече повторить измерение в тех же условиях. Однако изменение результата шкалы на два балла может не пол-

ностью отражать важное восстановление в жизни. То, что пациент снова начал водить ребенка в школу, является клинически значимым результатом.

10 26.10. Примерная структура краткосрочного вмешательства

На первой встрече признают переживания пациента и согласуют цель помощи. Объяснение «мы серьезно относимся к вашему состоянию; сейчас выясняем, насколько оно выражено и что может помочь» лучше поспешных выводов «у вас ничего нет» или «это очень тяжелая болезнь». Диагностическую неопределенность представляют не как отказ от пациента, а как клиническую задачу, которую предстоит уменьшить посредством наблюдения.

На следующем этапе выбирают наиболее актуальную проблему пациента. При решении проблем выделяют ситуацию, возможные варианты, практические препятствия для каждого из них и первый шаг. Например, при безработице определяют не абстрактную цель «начать новую жизнь», а конкретные задачи: подготовить документы, выяснить возможности социальной помощи и обратиться к одному работодателю.

Рекомендации по сну и распорядку дня должны соответствовать возможностям пациента. Бездумно требовать обычного графика от человека, работающего ночью или ухаживающего за младенцем, бесполезно. Рекомендации делят на части, выполнимые в реальных условиях. Каждую договоренность рассматривают на следующем приеме не для критики, а чтобы понять, что сработало.

11 26.11. Расширенный пример дифференциальной диагностики

Одно и то же событие — неудача на экзамене — вызвало у трех студентов разные состояния. Первый студент несколько дней был расстроен, составил план с друзьями и вернулся к подготовке. Можно признать его переживания и оказать практическую помощь, но диагноз болезни необязателен.

Второй студент уже три недели не посещает занятия, избегает окружающих и тревожится о будущем. При клинической оценке рассматривают вероятность расстройства адаптации. У третьего студента интерес исчез еще два месяца назад, снизился вес, появились сильное чувство собственной никчемности и суицидальное намерение. Неудача на экзамене может быть не причиной его болезни, а следствием или усиливающим фактором.

Этот пример показывает, что знать только дату стрессора недостаточно. Если не спросить об изменениях до события, всем трем состояниям можно присвоить один и тот же код «реакции». При правильной оценке интенсивность и цель помощи для каждого студента будут различными.

12 26.12. Что должно содержаться в клинической записи?

В записи указывают краткое описание стрессора, начало и длительность симптомов, основные изменения функционирования, оценку риска, рассмотренные при дифференциальной диагностике синдромы и рабочий диагноз. Если сведений недостаточно, это указывают прямо. Одиноко записанный код «F43.20» не передает следующему специалисту клиническую логику.

Необходимо также зафиксировать рекомендованную помощь, согласованную с пациентом задачу, дату наблюдения и признаки, требующие более раннего обращения. Цель документа не только отчетность, но и возможность увидеть истинную динамику состояния на следующем приеме. Если в ходе наблюдения синдром изменился, уточнение диагноза может означать не ошибку первого врача, а продолжение клинического мышления.

13 26.13. От встречи к встрече: изменение решения

Представим, что на первом приеме у пациента выявлены легкая подавленность и снижение функционирования, возникшие вскоре после стресса. Врач сформулировал рабочий диагноз и план краткосрочного вмешательства. На втором приеме пациент вернулся к работе, его сон улучшился, и он пользуется поддержкой. Такая динамика соответствует первоначальной формулировке; согласуют следующий этап наблюдения и условия завершения помощи.

Если же на втором приеме ангедония стала более распространенной, усилилось чувство собственной никчемности и появились суицидальные мысли, нельзя преуменьшать симптомы в записи ради сохранения названия «реакция». Оценку проводят заново, а интенсивность помощи повышают. Чтобы изменение клинического диагноза не сбивало пациента с толку, причину объясняют простым языком.

В третьем варианте симптомы не изменились, но пациент не смог выполнить рекомендации. Прежде чем заключить, что «лечение не сработало», врач выясняет практические препятствия: некому присмотреть за ребенком, невозможно изменить рабочий график или дома сохраняется опасная обстановка. В такой ситуации следует изменить форму помощи, а не вновь повторять тот же совет.

14 26.14. Пример объяснения пациенту

«Пережитое вами событие повлияло на вашу жизнь. Сейчас наряду с печалью есть трудности со сном и повседневными делами. Мы относимся к этому серьезно. Вместе с тем нам нужно проверить, нет ли полноценного депрессивного эпизода или другого состояния. Сегодня мы начнем выполнять план помощи и в назначенное время повторно оценим изменения».

Такое объяснение не пугает пациента чрезмерно и не преуменьшает его страдание. Оно позволяет ему воспринимать свое состояние не как «слабость», а как проблему, требующую помощи. Врач же не дает твердых обещаний там, где нет полной уверенности.

Можно попросить пациента своими словами пересказать, что он понял. Это не экзамен, а проверка того, насколько понятным было объяснение врача. Особенно ясно должно быть, к кому обращаться при возникновении риска, когда состоится следующий прием и какие задачи согласованы.

15 26.15. Клинические вопросы для самопроверки

Вопрос: обязательно ли кодировать как F43.20 состояние, начавшееся после стресса, но соответствующее полноценному депрессивному синдрому? Ответ: нет. Стрессор может быть этиологическим или усиливающим фактором; код основывается на синдроме и правилах классификации.

Вопрос: если реакция длится менее месяца, можно не проверять суицидальный риск? Ответ: проверять обязательно. Длительность и риск — разные измерения. Даже при кратковременном состоянии с относительно небольшим количеством симптомов может существовать непосредственная опасность.

Вопрос: нужен ли код болезни, чтобы оказать помощь при естественном горе? Ответ: помощь — более широкое понятие, чем клинический диагноз. Поддержку, практический совет и необходимое наблюдение можно предоставить без искусственного обозначения болезни. Такое разграничение сохраняет достоинство человека и учитывает его потребности.

26.16. Источники

[26.1] WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. 1993. Раздел F43.2. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[26.2] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. Принципы комплексной диагностической оценки и совместного выбора лечения. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

27-ГЛАВА

Пролонгированная депрессивная реакция

F43.21

1 27.1. Длительность и клиническое содержание

При пролонгированной депрессивной реакции основное значение имеет не само течение времени, а сохранение легкого депрессивного состояния, связанного со стрессом. В исследовательских критериях МКБ-10 ВОЗ F43.21 обозначает легкое состояние в ответ на длительный стресс, продолжающееся не более двух лет. Этот срок не означает, что пациента можно два года наблюдать без лечения. [27.1]

Неверно относить к этой рубрике любую депрессию, продолжающуюся несколько месяцев. Отдельно рассматривают полноценный синдром F32 или F33, дистимию, биполярную депрессию, влияние веществ и соматические причины. Даже при очевидной внешней проблеме у человека может быть самостоятельное аффективное заболевание. Абсолютное противопоставление «реактивного» и «биологического» чрезмерно упрощает клиническое мышление.

2 27.2. Продолжается ли стрессор или сохраняются его последствия?

Обязанности по уходу, длительный семейный конфликт, давление на работе, долги или продолжительная болезнь вновь и вновь ставят человека в трудную ситуацию. Иногда стрессор уже прекратился, но сохраняются его последствия: развод официально завершен, однако вопросы жилья, общения с детьми и дохода не решены.

Это различие отражают в клинической формулировке. Вместо «депрессия после развода» выражение «сохраняющаяся после развода подавленность, сопровождающаяся неопределенностью с жильем, сокращением социальных связей и нарушением сна» делает вмешательство более конкретным. Врач не может решить все внешние проблемы, но их игнорирование превращает терапию в общие советы, не соответствующие обстоятельствам пациента.

3 27.3. Поддерживающий порочный круг

Длительный стресс часто порождает следующий круг: утомление уменьшает активность; снижение активности сокращает удовлетворение и контакты; сузившаяся жизнь усиливает вывод «я ни на что не способен»; этот вывод вновь останавливает действия. Такое объяснение используют не для обвинения пациента, а для поиска точек, которые можно изменить.

Еще один механизм — повторяющиеся негативные размышления. Кажется, что человек решает проблему, но он застревает вокруг вопроса «почему именно я?». Мысль, направленная на решение, ведет к конкретному шагу, например «с кем я поговорю завтра?». Руминация же воспроизводит самокритику без новой информации. В терапии полезно различать эти два процесса.

4 27.4. Этапы психотерапевтического плана

На первом этапе согласуют безопасность, надежный контакт и общую цель. На втором составляют карту стрессоров и ресурсов. На третьем выбирают методы, такие как решение проблем, восстановление активности, общение и установление границ. На четвертом разрабатывают план сохранения достигнутых изменений и распознавания признаков повторного ухудшения.

Цель не в том, чтобы «никогда не расстраиваться». Например, для женщины, ухаживающей за тяжело больной матерью, реальной целью может быть получение нескольких часов помощи в неделю, посещение собственных медицинских осмотров без пропусков и распределение обязанностей между близкими. В такой ситуации недостаточно менять только мысли; необходимы практические ресурсы.

В отношениях, где присутствует насилие, призыв к паре «лучше общаться» не является первоочередной задачей. Сначала оценивают безопасность и возможность конфиденциального контакта. Без согласия пациента не организуют семейное обсуждение, способное подвергнуть его опасности.

5 27.5. Отличие от депрессивного эпизода

Одного наличия стрессора недостаточно для разграничения. Проверяют распространенность изменений настроения и интереса, их тяжесть, устойчивость в течение дня, дополнительные признаки, функционирование и временные критерии. Слова пациента «я все еще хожу на работу» не исключают тяжелого страдания: некоторые сохраняют работу ценой огромных усилий, а дома полностью обессиливают.

Если у пациента, состояние которого оценивалось как длительная реакция, появляются выраженная ангедония, чувство собственной никчемности, психомоторная заторможенность или суицидальный план, нельзя держаться за первоначальный диагноз. Повторно выясняют также историю подъемов настроения, снижения потребности во сне и резкого, необычного усиления активности. Перед выбором антидепрессанта важна оценка вероятности биполярности.

6 27.6. Учебный случай

46-летний мужчина в течение шести месяцев совмещает уход за отцом с рабочей нагрузкой. Он говорит: «Я не имею права отдыхать». Подавленность усиливается к вечеру и в некоторые выходные ослабевает. В ходе беседы полностью оценивают функционирование, депрессивный синдром и риск; только на основании этого краткого описания диагноз не ставят.

В совместный план включены организация помощи родственников, еженедельное время для восстановления и проверка убеждений, связанных с чувством вины. Если синдром сохраняется даже при уменьшении практической нагрузки, это не означает, что «пациент не старается». Диагноз и потребность в лечении оценивают повторно.

Основной вывод главы: при длительной реакции помощь должна одновременно быть направлена на источник стресса, психологический механизм и клинический синдром. Динамическое наблюдение продолжается независимо от внешней ситуации. [27.2]

7 27.7. Составление карты длительного стресса

Обозначение длительного стресса одним словом ведет к потере большого количества информации. За выражением «семейная проблема» могут стоять нагрузка по уходу, финансовый контроль, оскорбления, жилищная неопределенность или утрата отношений. Клинические и практические решения в каждом случае различны. Пациента следует просить не просто перечислить события, а уточнить, какая их часть сейчас наиболее тяжела.

На карте стрессоров выделяют то, что можно изменить, то, на что можно повлиять, и то, что пока изменить невозможно. Например, пациент не может отменить болезнь близкого, но способен повлиять на распределение ухода, получение медицинской информации и время собственного отдыха. Такое разграничение связывает надежду с реальными действиями.

Ресурсы описывают столь же конкретно. Сведения «есть семья» не означают автоматической поддержки. Кто действительно помогает, кому пациент доверяет, доступны ли транспорт и деньги, как можно адаптировать условия на работе? Между наличием под-

держки и возможностью воспользоваться ею существует различие.

8 27.8. Клинические критерии помимо временного

Неверно делать двухлетнюю границу единственным критерием. Сохраняется ли у пациента легкая реакция в течение трех месяцев или за это время сформировался полноценный депрессивный эпизод? Клиническую тяжесть, распространенность симптомов и функционирование пересматривают на каждом приеме. Название «пролонгированная реакция» не должно вынуждать считать заболевание легким.

При разграничении с дистимией изучают не только число лет, но и длительный характер настроения и его связь со стрессором. При рекуррентном депрессивном расстройстве необходимо искать отчетливые эпизоды и восстановление между ними. Текущее состояние пациента может быть одним из повторяющихся эпизодов, а внешний стресс — лишь последним усиливающим фактором.

Хроническая боль, апноэ сна, эндокринное заболевание, действие лекарств или психоактивных веществ также могут поддерживать утомляемость и подавленность. Эти возможности оценивают по клиническим показаниям. И назначение всех анализов каждому пациенту, и объяснение всех признаков стрессом представляют собой одинаково упрощенный подход.

9 27.9. Измеримые цели психотерапии

Цель терапии должна относиться к жизни пациента и быть наблюдаемой. «Повысить уверенность в себе» — важная, но слишком общая цель. Ее можно преобразовать в такие шаги, как «попросить руководителя уточнить задачи», «раз в неделю обратиться к близкому человеку за помощью» или «посетить медицинский прием, отложенный из-за страха».

Для каждой цели заранее обсуждают препятствия. Пациент хочет попросить помощи, но боится отказа или обвинений. В такой ситуации недостаточно сказать «попросите»: необходимо отрепетировать разговор, выбрать безопасного человека и определить следующий вариант на случай отказа.

Изменения оценивают не только по баллам симптомов, но и по способности пациента принимать решения и участвовать в собственной жизни. Если внешняя ситуация остается тяжелой, настроение может восстановиться не полностью. Тем не менее улучшение сна, функционирования и чувства контроля значимо. Такой частичный результат не нужно ни называть полным выздоровлением, ни отвергать как несущественный.

10 27.10. Работа с чувством вины, долгом и границами

Пациент, ухаживающий за близким, может думать: «Если я отдохну, это будет предательством». Терапия не высмеивает эту ценность. Забота о близком может быть для него важной ценностью. Вопрос заключается в том, как реализовывать ее, не теряя себя полностью.

Различают жесткое правило и практическую ответственность. Правило «все должен делать только я» иногда является не внешним требованием, а внутренним выводом пациента. Совместно проверяют, какие задачи можно передать другому и существует ли при этом реальный риск. В некоторых ситуациях помощников действительно нет; тогда когнитивную работу нельзя использовать для отрицания нехватки ресурсов.

Установление личных границ также адаптируют к культурному контексту. Вместо индивидуалистического лозунга «ни на кого не оглядывайтесь» ищут приемлемое для семьи распределение обязанностей и открытые договоренности. При опасных отношениях или насилии обычные советы о границах заменяют планом безопасности.

11 27.11. Четыре возможных пути в ходе наблюдения

При первом варианте внешняя нагрузка уменьшается, пациент получает практическую помощь, и симптомы ослабевают. В таком случае обсуждают сохранение достигнутого распорядка и распознавание признаков повторного перенапряжения. При втором варианте стресс продолжается, но функционирование улучшается. Терапию направляют на принятие реальных ограничений и сохранение ресурсов.

При третьем варианте депрессивный синдром сохраняется или усиливается даже после уменьшения стрессора. В этом случае первоначальное заключение о «реакции» проверяют заново. При четвертом варианте появляются новые признаки мании, психоза, употребления веществ или соматические симптомы. Это может существенно изменить клиническую формулировку.

При отсутствии эффекта лечения, прежде чем обвинять пациента, рассматривают диагноз, выбранный метод, достаточность продолжительности, возможность выполнения рекомендаций, терапевтический контакт и внешние препятствия. Иногда психологический метод выбран правильно, но пациент живет в опасной домашней обстановке. Тогда практическая защита и скоординированная помощь необходимее, чем очередное повторение терапии.

12 27.12. Расширенный случай: трудовая миграция и семья

38-летняя женщина самостоятельно заботится о детях и пожилой свекрови и занимается долгами, поскольку муж длительное время работает за границей. В течение четырех месяцев отмечает плаксивость, утомление и нарушение сна. Она обвиняет себя: «Я неблагодарная». При оценке проверяют полноту депрессивного синдрома, риск и соматические факторы; код не устанавливают лишь на основании события.

В формулировке выделены чрезмерная нагрузка обязанностями, стыд при просьбе о помощи и чувство вины за отдых. План предусматривает конкретное обсуждение обязанностей с семьей, короткое время для восстановления каждую неделю и адаптацию режима сна. С согласия пациентки можно провести совместную беседу с близким человеком.

На следующем приеме она может сообщить не только «я меньше плакала», но и о восстановлении общения с детьми и способности упорядочить дела. Однако если ангедония и суицидальные мысли сохраняются, частичное изменение функционирования не исключает риска. Клиническое заключение обновляют отдельно по каждому направлению.

13 27.13. Завершение терапии и повторное обращение

Завершение помощи не привязывают исключительно к дню, когда симптомы полностью исчезнут. Важны способность пациента управлять своим состоянием, восстановление функционирования, низкий риск и ясность путей получения поддержки. При сохраняющемся длительном стрессе отдельные дни могут быть трудными; пациента учат не толковать их сразу как «все началось заново».

При завершении записывают, какие методы помогли, какие признаки служат ранним предупреждением и когда следует обратиться повторно. Если пациент возвращается к самообвинению, сон или функционирование существенно ухудшаются, обращение за помощью не откладывают. План должен соответствовать реальным службам и возможностям связи.

Бесконечное продолжение терапии также не всегда полезно. Цель — не привязать пациента к специалисту, а укрепить самостоятельное управление состоянием и ресурсы. Однако при тяжелом синдроме, риске или нерешенной клинической проблеме преждевременно завершать помощь неверно.

14 27.14. Пример рабочей формулировки

Пример: «На фоне длительной нагрузки по уходу и финансовой неопределенности отмечаются легкие депрессивные симптомы, нарушение сна и социальное отстранение. Симптомы связаны со стрессором по времени и содержанию. Проведена оценка полноценного депрессивного эпизода, биполярности и соматических факторов; недостающие сведения будут дополнены на следующем приеме. План: уменьшение практической нагрузки, решение проблем, восстановление активности и динамическое наблюдение».

В этой формулировке основание диагноза, фактор, поддерживающий симптомы, и направление лечения взаимосвязаны. Если впоследствии выявляется полноценный депрессивный эпизод, формулировка меняется. Врач не отрицает новые сведения ради защиты кода.

Вместе с тем в формулировке можно отметить сильные стороны пациента: обращение за помощью, надежного близкого человека, ранее эффективный метод, сохраненное функционирование. Это не преуменьшает болезнь, а выводит лечение за рамки одного лишь списка недостатков.

15 27.15. Учебные вопросы и ответы

Вопрос: означает ли двухлетняя граница при F43.21, что нужно два года наблюдать и только затем начинать лечение? Ответ: нет. Помощь начинают при возникновении клинической потребности; временная граница — часть классификации, а не правило отсрочки лечения.

Вопрос: если стрессор не исчезает, терапия неэффективна? Ответ: не всегда. Могут улучшаться функционирование, ресурсы, сон и управление проблемой. Однако в реально опасной среде опоры только на психологический метод может быть недостаточно.

Вопрос: если внешняя ситуация пациента улучшилась, а депрессия сохраняется, значит ли это, что он «не хочет»? Ответ: нет. Повторно оценивают полноценный аффективный синдром, сопутствующие заболевания и потребность в лечении. Уменьшение внешней причины не гарантирует немедленного исчезновения симптомов.

27.16. Источники

[27.1] WHO. Diagnostic Criteria for Research. 1993. F43.21. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[27.2] NICE. NG222. Принципы комплексной оценки, психологического вмешательства и пересмотра результата; не отдельная гарантия эффективности при расстройстве адаптации. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

28-ГЛАВА

Смешанная тревожная и депрессивная реакция

F43.22

1 28.1. Одновременные тревога и подавленность

Некоторые пациенты одновременно переживают два состояния: «мне страшно» и «у меня ни на что нет сил». Тревога нарушает их сон, бессонница усиливает слабость, а слабость увеличивает страх не справиться с обязанностями. Видеть это взаимодействие полезнее, чем считать каждый признак отдельной болезнью.

В МКБ-10 ВОЗ F43.22 обозначает смешанную тревожную и депрессивную реакцию в рамках расстройства адаптации. Здесь решающее значение имеют клиническая связь со стрессом и проверка критериев других определенных расстройств. Проверяют соответствие пятого знака кода используемой национальной версии. [28.1]

2 28.2. Отличие от F41.2

Для разграничения F41.2 и F43.22 недостаточно лишь вопроса «есть стресс или нет». Стресс можно обнаружить в жизни почти каждого пациента. Для F43.22 клинические изменения после стрессора должны соответствовать логике расстройства адаптации. При F41.2 смешанные тревожные и депрессивные признаки оценивают в ситуации, когда их недостаточно для отдельного определенного тревожного или депрессивного расстройства.

Если у пациента имеются полноценный депрессивный эпизод и самостоятельное панические расстройство, нельзя скрывать их внутри кажущейся более легкой «смешанной реакции». Каждый из двух синдромов рассматривают с учетом его собственных временных характеристик и критериев. Краткость диагноза не оправдывает недостаточности клинической информации.

3 28.3. Выяснение формы тревоги в беседе

После вопроса «есть ли тревога?» следует спросить: «О чем вы тревожитесь?», «Она возникает внезапным приступом или продолжается весь день?», «Что вы делаете, чтобы предотвратить опасность?». Пациент может многократно проверять телефон, постоянно

искать заверений у врачей или избегать посещения работы. Хотя такое поведение дает кратковременное облегчение, в долгосрочной перспективе оно может поддерживать тревогу.

Если после травмы наблюдаются повторное переживание события, избегание и постоянное чувство угрозы, отдельно оценивают посттравматическое стрессовое расстройство. Также проводят разграничение с навязчивыми мыслями и ритуалами при ОКР, генерализованной тревогой, паническими атаками, соматическими заболеваниями и влиянием веществ. Один симптом может встречаться при нескольких расстройствах; диагноз определяют синдром и контекст.

4 28.4. Простой лист наблюдения

Пациенту можно предложить в течение недели кратко фиксировать четыре пункта: ситуацию, основную мысль, эмоцию и совершенное действие. Например: «Пришло письмо от руководителя; подумал, что меня уволят; тревога и подавленность; не открыл письмо». На следующей беседе, прежде чем спорить о правильности мысли, обсуждают, к чему привело то, что письмо не было открыто.

Наблюдение не должно вынуждать пациента проверять себя каждую минуту. Если записи усиливают руминацию, их сокращают или выбирают другой метод. Шкалы могут показывать динамику симптомов, но сами по себе не решают вопросы связи со стрессом, биполярности или суицидального намерения.

5 28.5. Взаимосвязанные составляющие помощи

В терапии одновременно рассматривают решение проблем, уменьшение избегания и восстановление активности. Если пациент избегает посещения рабочего места, задачу можно начать с краткого и управляемого контакта. Ожидание полного исчезновения тревоги перед началом действий часто продлевает избегание.

Замедление дыхания или расслабление мышц у некоторых пациентов уменьшает физическое напряжение. Однако эти методы не представляют как «лечение всех причин тревоги». Терапия должна быть связана с реальной проблемой пациента, его безопасностью и целью восстановления функционирования.

В вопросе лекарств наличие смешанных признаков не означает автоматического добавления двух-трех препаратов. Уточняют полный диагноз, длительность, тяжесть, желание пациента и риски. При отсутствии ответа думают не только о дозе, но и о диагнозе, продолжающемся стрессе и препятствиях для выполнения плана. [28.2]

6 28.6. Два учебных примера

Первый пример: студент, переехавший в новый город, в течение двух недель испытывает тревогу, одиночество и подавленность. Посещать занятия стало трудно, однако общение и практическая помощь приносят ему пользу. Проверяют процесс адаптации, риск и другие синдромы.

Второй пример: после такого же переезда у пациента выявлены ежедневная ангедония, выраженное чувство собственной никчемности и план самоубийства. Это состояние нельзя автоматически относить к одной рубрике с первым примером. Приоритет имеют неотложные меры безопасности и оценка полноценного депрессивного синдрома.

Вывод: одинаковый стрессор не означает одинаковый диагноз. Название реакции не уменьшает риск для пациента и его потребность в помощи.

7 28.7. Внутренняя структура смешанных симптомов

При одновременной тревоге и депрессии важно понять, какой симптом усиливает другой. Например, пациент всю ночь не спит, боясь завтра ошибиться на работе; утром из-за утомления снижается внимание; это словно подтверждает его вывод «я не справлюсь». Такой круг можно нарисовать вместе с пациентом, описав его простыми словами.

У другого пациента сначала появились ангедония и снижение энергии, затем накопились задачи и усилилась тревога. Эти два состояния внешне похожи, но первая точка вмешательства может различаться. В первом случае важнее может оказаться работа с избеганием и привычками, поддерживающими тревогу, во втором — восстановление активности и помощь при депрессивном синдроме.

Клиническая формулировка — не арифметика «тревога плюс депрессия». Она объясняет взаимодействие симптомов, стрессора, личного смысла, поведения и внешних обстоятельств. Такая формулировка может быть длиннее кода; код служит отчетности, а формулировка — планированию помощи.

8 28.8. Разграничение панической атаки и постоянной тревоги

При внезапном сильном страхе, сердцебиении, нехватке воздуха и страхе смерти уточняют начало, пик и длительность приступа. Однократная паническая атака не тождественна паническому расстройству. Оценивают постоянный страх и избегание после приступа, а также соматические причины и причины, связанные с веществами.

При постоянной тревоге может преобладать трудно контролируемое беспокойство о различных сферах жизни. Если оно соответствует критериям определенного самостоятельного расстройства, неверно оставлять его внутри легкой смешанной реакции. Наличие стрессора не отменяет этого самостоятельного синдрома.

Нельзя без обследования называть жалобы на боль в груди или затрудненное дыхание проявлениями «нервов». Вероятность острого опасного соматического состояния оценивают по клиническим признакам. Психологическое объяснение не соперничает с медицинским обследованием, но без клинических оснований не заменяет его.

9 28.9. Упражнение на рассуждение о F41.2 и F43.22

У первого пациента в течение трех недель после перехода на новую работу возникли тревога, подавленность и трудности с выполнением обязанностей. В прошлом подобных состояний не было, симптомы тесно связаны с условиями работы. Проверяют вероятность расстройства адаптации, однако необходимо также установить отсутствие полноценного депрессивного или тревожного синдрома.

Второй пациент описывает легкую тревогу и подавленность в разных ситуациях на протяжении нескольких лет; нынешний стрессор лишь усилил симптомы. Можно рассматривать F41.2 или другие расстройства, но сама длительность симптома автоматически не подтверждает F41.2. Пересматривают другие синдромы, включая дистимию и генерализованную тревогу.

У третьего пациента и тревога, и депрессия соответствуют своим отдельным полным критериям. Слово «смешанное» не должно использоваться для преуменьшения его болезни. В таком случае отдельно описывают коморбидность, ведущее расстройство и приоритеты лечения.

10 28.10. Круг поиска заверений в терапии

Пациент может снова и снова спрашивать: «Меня не уволят?», «У меня нет тяжелой болезни?». Каждое заверение дает короткое облегчение, но с новым сомнением возникает необходимость спросить снова. Постоянно давая абсолютные гарантии, терапевт может невольно поддерживать этот круг.

Цель не в том, чтобы заставить пациента перестать задавать вопросы. Различают получение реальных сведений и попытку полностью устранить неопределенность. Например, один раз уточнить рабочую задачу у руководителя — практическое действие; задавать один и тот же вопрос каждый час десяти людям может быть привычкой, поддерживающей тревогу.

Этот механизм встречается также при ОКР или тревоге о здоровье, поэтому формулировка не заменяет диагноза. Если ритуалы отчетливо выражены, необходимы специальная оценка и соответствующий терапевтический подход. Простой совет «меньше думайте» не меняет механизм.

11 28.11. Согласованный план на неделю

В недельном плане могут быть три направления: одна практическая проблема, одно действие избегания и одна восстанавливающая активность. Например, обсудить вопрос аренды; ответить на рабочее письмо, не открытое из-за страха; совершить короткую прогулку или пообщаться с человеком, которому пациент доверяет. Это не готовые универсальные рецепты, а примеры, вытекающие из формулировки.

Задачи выбирают в соответствии с ресурсами пациента. Если при тяжелой подавленности он не может ухаживать за собой, неверно требовать повышения продуктивности на работе. Если внешняя опасность все еще реальна, ошибочно также обозначать тревогу лишь как «неправильную мысль». Терапия должна различать снижение реального риска и избыточное избегание.

На следующей встрече анализируют не только результат каждой задачи, но и процесс. В какой момент стало трудно, какая мысль остановила, кто помог? Невыполненная задача — новая информация. В зависимости от нее уменьшают объем плана или выбирают другой путь.

12 28.12. Риск и границы лечения

Тревожный пациент внешне может казаться активным, но внутренне испытывать сильную безнадежность. Ажитация, бессонница и импульсивность значимы при оценке суицидального риска. Поэтому нельзя делать вывод «он все еще много говорит, значит, состояние не тяжелое».

В начале лечения отслеживают динамику симптомов, побочные эффекты и возможность пациента соблюдать план. Если принято решение о лекарстве, объясняют пользу, риск, отсроченное начало действия и необходимость не прекращать прием самостоятельно. Нельзя применять одну рекомендацию ко всем смешанным состояниям; лечение индивидуализируют в зависимости от основного синдрома и сопутствующих проблем.

Последний контрольный вопрос при кодировании: действительно ли состояние этого пациента находится в рамках расстройства адаптации или имеется другой полноценный синдром? Если ответ неясен, планируют наблюдение и сбор дополнительных сведений. Конкретный клинический план полезнее категоричного кода, скрывающего неопределенность.

13 28.13. Краткое сопоставление на приеме

При вероятной реакции адаптации совместно рассматривают три вопроса: какова связь с конкретным стрессором, соответствуют ли симптомы другому полноценному синдрому и насколько изменилось функционирование? Недостаточно ответить только на первый. Эта тройка вопросов уменьшает распространенную ошибку кодирования.

Если имеется полноценный депрессивный эпизод, тревога может быть его клинической особенностью или отдельным сопутствующим расстройством. Если основным синдромом является панический синдром или генерализованная тревога, подавленность может быть его следствием или самостоятельным синдромом. Смешанные симптомы увеличивают, а не уменьшают необходимость уточнения клинической структуры.

Термины самого пациента также уточняют уважительно. Он может говорить «невроз», «стресс» или «депрессия». Задача врача — не спорить о слове, а понять, что оно выражает. Затем диагноз объясняют простым языком и с клиническим обоснованием.

14 28.14. Расширенный случай: ожидание медицинского результата

42-летний пациент стал испытывать тревогу и подавленность в ожидании результата медицинского обследования. Он ежедневно ищет в интернете признаки болезни, откладывает работу и многократно просит заверений у семьи. Прежде всего уточняют реальную медицинскую ситуацию и необходимое наблюдение; психологическое объяснение не отменяет обследование.

В беседе наряду с тревогой пациента оценивают ангедонию, безнадежность и снижение функционирования. Если признаки укладываются в расстройство адаптации, работают над выбором надежного источника медицинской информации, кругом интернет-поиска и восстановлением повседневной активности. Однако при выявлении полноценного депрессивного или другого тревожного синдрома план соответственно меняют.

Пациенту не дают гарантии «у вас ничего нет». Более точное объяснение: «Мы получим медицинский результат в установленном порядке; в это время отдельно поможем вам, чтобы тревога не остановила вашу жизнь полностью». Такой подход признает реальную неопределенность и выделяет управляемые шаги.

На следующем приеме повторно оценивают уменьшение интернет-поиска, сон и рабочее функционирование, отношение к медицинскому результату и риск. Даже при хорошем результате симптомы могут сохраняться; это не означает, что пациент тревожится намеренно. Поддерживающий механизм и основной диагноз пересматривают.

15 28.15. Учебные вопросы

Вопрос: F43.22 и F41.2 — одно и то же? Ответ: нет. Первое оценивают в контексте расстройства адаптации, второе — в рамках смешанного тревожно-депрессивного синдрома. Также проверяют версию кода.

Вопрос: если и тревога, и депрессия соответствуют полным критериям, выбираем ли мы более легкий «смешанный» код? Ответ: нет. Самостоятельные синдромы и коморбидность должны быть четко отражены.

Вопрос: если дыхательное упражнение помогает, подтверждает ли это диагноз? Ответ: нет. Краткое облегчение от одного метода не является диагностическим тестом. Ответ на лечение дополняет клинические сведения, но не заменяет полноценной оценки.

28.16. Источники

[28.1] WHO. Diagnostic Criteria for Research. F43.22; WHO. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. F41.2 и F43.2. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf ; https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[28.2] NICE. NG222. Оценка депрессии и пересмотр плана при недостаточном результате. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

29-ГЛАВА

Органическое депрессивное расстройство в рамках F06.3

F06.3

1 29.1. Что означает слово «органическое»?

Органическое депрессивное расстройство нельзя обосновать общей фразой «в мозге что-то есть». Одновременное наличие соматического или неврологического заболевания и депрессивного синдрома не означает, что прямая причинная связь между ними доказана. Физиологическое воздействие болезни, её психологические последствия и самостоятельная депрессия могут сочетаться у одного пациента.

В МКБ-10 F06.3 — рубрика органических аффективных расстройств. Дополнительный код F06.32 приведён в исследовательских критериях ВОЗ для выделения органической депрессивной формы. Необходимо проверить, предусмотрена ли такая детализация в используемой местной системе кодирования. [29.1]

2 29.2. Как обосновать причинную связь?

Врач изучает как минимум три вопроса: объективные доказательства основного заболевания; временную связь изменения настроения с этим заболеванием; другие возможные объяснения. Если неврологический диагноз установлен, но депрессия повторялась ещё за десять лет до него, необходимо серьёзно учитывать возможность самостоятельного рекуррентного расстройства.

При ангедонии, заторможенности и безнадёжности, возникших после инсульта, могут совместно действовать повреждение мозга, ограничение движений, утрата профессионального статуса и социальная изоляция. Заключение «органическое» не делает эти психологические факторы несущественными. Формулировка, определяющая лечение, может быть многофакторной, даже если для отчётности выбирается один основной код.

Не каждое соматическое заболевание считается прямой причиной депрессии. Например, возможное нарушение функции щитовидной железы проверяют с учётом симптомов и анамнеза; одновременно оценивают и депрессивный синдром пациента. Небольшое отклонение лабораторного показателя не объясняет автоматически все психические симптомы.

3 29.3. Как не пропустить делирий

У пожилого или тяжёлого соматического пациента молчаливость, заторможенность и отказ от еды могут напоминать депрессию. Если внимание и ясность сознания колеблются, пациент путается во времени и месте, состояние меняется в течение часов или началось остро, в первую очередь оценивают вероятность делирия. Гипоактивный делирий может остаться незамеченным из-за впечатления, что пациент «спокойно лежит».

В такой ситуации недостаточно составить обычный план амбулаторной психотерапии. Необходимы поиск острой соматической причины и срочная медицинская оценка. Следует также помнить, что депрессия и когнитивное нарушение не исключают друг друга.

4 29.4. Разграничение лекарственных эффектов и неврологических симптомов

Список лекарств не ограничивается психотропными средствами. Выясняют все рецептурные и безрецептурные препараты, время начала приёма, изменения доз и побочные эффекты. Когда пациент говорит: «Я чувствую себя ни на что не способным», в этом могут участвовать седативный эффект, ортостатические симптомы, боль или нарушения сна.

При болезни Паркинсона замедленность движений не является автоматически признаком депрессии. Отдельно исследуют изменения настроения, чувства вины, безнадёжности и способности испытывать удовольствие. При апатии может преобладать снижение инициативы; при депрессии чаще выражены печаль и отрицательная оценка себя. Они могут сочетаться. Различить их по одному признаку нельзя.

5 29.5. Обследование и командное лечение

Назначать всем пациентам одинаковый обширный набор лабораторных исследований или томографии — не научный подход. Обследование основывается на анамнезе, возрасте, особенностях начала, неврологическом осмотре и клиническом предположении. Новый очаговый неврологический симптом, судорожный приступ, резкое когнитивное изменение или нарушение сознания требуют особой срочности.

В лечении ведение основного заболевания и помощь при депрессии осуществляются параллельно. Подход «сначала исправим все соматические проблемы, а потом займёмся психикой» иногда неоправданно задерживает помощь. При этом при выборе антидепрессанта учитывают значимые для пациента риски: взаимодействия с другими препаратами, падения, кровотечения, изменения электролитов. Конкретный препарат и мониторинг определяются индивидуальным решением врача. [29.2]

Психотерапию адаптируют к когнитивным возможностям, ограничениям слуха, зрения и движений. Могут быть полезны более короткие встречи, письменные напоминания или участие близкого человека с согласия пациента. Это не даёт права принимать решения вместо пациента.

6 29.6. Учебный случай

Мужчина 62 лет после инсульта отказался от реабилитационных занятий. Семья говорит, что он «стал ленивым». В беседе он сообщил, что не получает удовольствия от ранее любимых занятий, считает себя обузой для семьи и хочет умереть. Здесь наряду с двигательными ограничениями оценивают депрессивный синдром; суицидальный риск рассматривают отдельно.

Другой пациент не начинает занятия сам, но участвует и получает удовольствие, если ему предлагают; печали и чувства никчёмности нет. Это повышает вероятность апатического механизма, но без обследования не позволяет поставить окончательный диагноз. Одинаковый вывод «нужен антидепрессант» или «нужна только реабилитация» для обоих сценариев неверен.

Клинический вывод: органическую природу обосновывают доказательствами, а сопутствующую депрессию не оставляют в тени соматического заболевания.

7 29.7. Пять вопросов при установлении причинной связи

Первый вопрос: подтверждено ли основное заболевание независимо? Расплывчатые выражения вроде «плохое кровообращение» или «мозг устал» не являются достаточным доказательством для органического диагноза. Нужны медицинские документы, осмотр и результаты обследований по клиническим показаниям. При этом не любое изменение, выявленное при визуализирующем исследовании, признаётся причиной психического симптома.

Второй вопрос: соответствует ли временная связь? Заболевание или изменение лекарственной терапии предшествовали симптомам со стороны настроения, возникли одновременно или позже? Третий вопрос: может ли известное заболевание клинически объяснить такой синдром? Четвёртый: насколько обоснованны другие возможности? Пятый: поддерживает ли динамика причинную гипотезу?

Эти вопросы могут не давать столь же определённого ответа «да или нет», как лабораторное исследование. Иногда уверенность в причинной связи умеренная. Осторожная запись в документации «депрессивный синдром, возможно участие неврологического заболевания» точнее недоказанного категоричного заключения. Кодирование согласуют с местными требованиями и клиническими данными.

8 29.8. Знание исходного функционирования пациента

У пациента с когнитивными и неврологическими нарушениями трудно оценить новое изменение без знания прежнего уровня функционирования. Раньше пациент сам вёл финансовые дела, находил дорогу, регулярно принимал лекарства? Нынешняя пассивность возникла недавно или была и прежде? Сведения близких помогают, но субъективный опыт пациента не обесценивают.

Например, близкие говорят: «За последний год он перестал чем-либо интересоваться». А пациент объясняет: «Я не могу участвовать в разговоре, потому что стал плохо слышать». Нарушение слуха могло усилить социальное отстранение. Это не означает отсутствия депрессии, но выявляет прежде незамеченный фактор, поддающийся коррекции.

При оценке важны также язык, образование и культурный опыт. Низкий результат когнитивного теста не подтверждает автоматически деменцию или органическую депрессию. На результат могут влиять внимание, мотивация, боль, сон и понимание теста. Тест интерпретируют как часть клинической картины.

9 29.9. Эндокринные, гематологические и метаболические факторы

Утомляемость, снижение энергии и трудности внимания встречаются как при психических, так и при соматических причинах. В зависимости от клинического анамнеза может потребоваться исследование функции щитовидной железы, проверка на анемию или другие метаболические проблемы. Этот перечень не является готовым универсальным пакетом скрининга: учитывают основание для обследования, то, как результат изменит лечение, и ресурсы пациента.

Даже при выявлении соматической причины наблюдение за депрессивным синдромом продолжается. Например, коррекция анемии может улучшить энергию, но сохраняющиеся вина, ангедония и суицидальные мысли требуют отдельной помощи. И наоборот, частичный ответ на антидепрессант не доказывает отсутствия соматического заболевания.

Неверно говорить пациенту: «Все анализы хорошие, значит, у вас ничего нет». Депрессия — клинический диагноз, и её наличие не обязательно отражается в обычном анализе крови. Нормальные результаты обследований делают некоторые причины менее вероятными, но не отменяют страдания пациента.

10 29.10. Порядок пересмотра списка лекарств

Для каждого препарата записывают название, дозу, время приёма, дату начала, последнее изменение и эффекты, замеченные пациентом. Пациент может принимать лекарство не так, как указано в назначении; об этом спрашивают без обвинений. В список также включают биологически активные добавки, растительные средства и лекарства, назначенные другими врачами.

Прежде чем связывать препарат с симптомом, врач проверяет временное соотношение. Появление сонливости после начала лекарства важно, однако в то же время могло усилиться и само заболевание. Решение о пробной отмене или замене лекарства пациент принимает не самостоятельно, а вместе с ответственным специалистом.

При участии многих специалистов полезен единый согласованный план. Иначе один врач может добавить препарат для уменьшения сонливости, другой — для усиления сна, не замечая суммарного эффекта. Обмен информацией между психиатрическими и соматическими службами организуют с согласия пациента и в соответствии с требованиями конфиденциальности.

11 29.11. Адаптация реабилитации и психотерапии

Если пациенту с неврологическими ограничениями дать стандартное задание без изменений, это может привести к неудаче. При афазии может не подходить длинный письменный дневник, при двигательных ограничениях — обычные физические упражнения, при выраженной утомляемости — длительный сеанс. Терапевт изменяет форму, сохраняя цель метода.

Например, если пациент не может писать длинные тексты, можно использовать три коротких вопроса или условные обозначения. Можно сократить встречу и дать отдых, разбить задание на отдельные шаги или с разрешения пациента привлечь помощника. При этом помощник не должен заглушать голос пациента.

В реабилитации результат измеряется не только полным возвращением к прежней жизни. Важны и восстановление самостоятельности, осмысленной деятельности и отношений в пределах имеющихся возможностей. Вместо безнадёжного сообщения «вы уже не сможете быть прежним» одновременно обсуждают реальные ограничения и реальные возможности.

12 29.12. Расширенный клинический пример

Женщина 58 лет лечится от заболевания щитовидной железы. Она жалуется на утомляемость, изменение веса, плаксивость и утрату интереса к работе. Врач параллельно оценивает результаты эндокринного лечения, режим приёма препарата и депрессивный синдром. Одного заключения «это от щитовидной железы» недостаточно.

Из анамнеза выяснилось, что десять лет назад, когда эндокринное заболевание ещё не было выявлено, у неё уже был тяжёлый депрессивный эпизод. Это даёт основание учитывать самостоятельную аффективную предрасположенность. Соматическое заболевание может усиливать нынешний эпизод, но не превращает весь диагноз автоматически в F06.32.

Цель случая — не найти один «правильный код», а обосновать причинное заключение. После обследования, лечения и оценки динамики клиническая формулировка уточняется. В документации отдельно указывают, что известно, что вероятно и за чем нужно наблюдать.

13 29.13. Как записывать уровень доказательности органического диагноза

Из документации должно быть видно, какие доказательства стоят за словом «органический». Записывают подтверждённое неврологическое заболевание, начало симптомов, клиническую связь и альтернативные объяснения. Если органический вклад лишь предполагается, его не представляют как доказанную причину.

Например, «депрессивный синдром после инсульта» может обозначать временную связь. «Органическое депрессивное расстройство вследствие инсульта» — более сильный причинный вывод. Различие между этими выражениями важно для клинического мышления. В некоторых случаях первая формулировка более обоснованна.

Точность диагноза не является единственным условием начала лечения. Даже если причинная связь ещё не вполне ясна, можно оказывать помощь при депрессивном синдроме и риске. Одновременно продолжают обследование и лечение основного соматического заболевания. Эти два направления не должны ждать друг друга.

14 29.14. Случай: разграничение гипоактивного делирия и депрессии

Пациент 70 лет после операции мало говорит, много лежит и отказывается от еды. Семья считает, что «началась депрессия». В беседе он путается во времени, не может удерживать внимание, а его состояние меняется в течение дня. Эти сведения делают первоочередной оценку острого нарушения сознания и внимания.

В такой ситуации начало психотерапии или выбор обычной схемы антидепрессанта — не первый шаг. Медицинская команда оценивает соматические причины, инфекцию, действие лекарств и другие острые факторы. Вопрос о депрессии может оставаться и в дальнейшем, но нельзя пропустить острое состояние.

У другого пациента сознание ясное, внимание относительно устойчивое, а ангедония и чувство никчёмности сохраняются несколько недель. У него логично углублённо оценить депрессивный синдром. Внешне оба пациента могут выглядеть пассивными; различие выявляют исследование психического статуса и временная динамика.

15 29.15. Учебные вопросы

Вопрос: если на МРТ выявлено изменение, означает ли это автоматически F06.32 при депрессии? Ответ: нет. Данные визуализации, клинический синдром и причинная связь должны соответствовать друг другу. Находка может быть случайной.

Вопрос: если лечить соматическое заболевание, отдельная помощь при депрессии не понадобится? Ответ: не всегда. Если симптомы и риск сохраняются, может потребоваться параллельная психиатрическая помощь.

Вопрос: при когнитивных трудностях психотерапия невозможна? Ответ: такой вывод не следует автоматически. Метод, продолжительность и задания можно адаптировать к возможностям пациента. В зависимости от тяжести и клинического контекста выбирают и другие формы помощи.

29.16. Источники

[29.1] WHO. Diagnostic Criteria for Research. F06.3–F06.32. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[29.2] NICE. Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management. CG91. https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/chapter/Recommendations

30-ГЛАВА

Депрессивные состояния, связанные с психоактивными веществами

1 30.1. Разные клинические ситуации под одним названием

Если у пациента, употребляющего алкоголь или другое психоактивное вещество, наблюдается подавленность, изучают как минимум четыре возможности: изменение настроения во время интоксикации; состояние, связанное с уменьшением употребления или отменой вещества; самостоятельное депрессивное расстройство; депрессивные симптомы в структуре психотического расстройства, вызванного веществом. Эти варианты не являются полностью взаимоисключающими.

Краткий термин вроде «алкогольная депрессия» может быть понятен в клинической беседе, но для кодирования его недостаточно. Необходимо точно описать вид вещества, характер употребления, временную связь, психоз и признаки отмены.

2 30.2. Важное ограничение кода F1x.54

Ошибочно использовать F1x.54 как код любой депрессии, просто связанной с веществом. В исследовательских критериях МКБ-10 ВОЗ это форма с преобладанием депрессивных психотических симптомов в подразделе .5 — психотическое расстройство. «x» обозначает класс вещества. Поэтому нельзя автоматически присваивать F10.54 подавленности после алкоголя без психоза. [30.1]

Это различие важно и клинически: приравнивание психотического чувства вины, бреда или галлюцинаций к обычному раскаянию искажает лечение и оценку риска. При этом состояние отмены с делирием — другой неотложный сценарий; его также нельзя скрывать внутри этого кода.

3 30.3. Временная шкала употребления вещества и настроения

Выясняют, какое вещество, сколько, каким способом и как часто принималось. Ответ «пью немного» нужно уточнить без осуждения: объём напитка, крепость, время последнего употребления, сочетание нескольких веществ, рецептурные седативные средства и стимуляторы. Затем изучают, когда началась депрессия и каким было состояние в периоды без вещества.

Существовала ли депрессия до употребления? Повторялась ли раньше и в длительные периоды без вещества? После прекращения приёма симптомы ослабевают или сохраняются? Сведения от близких получают с согласия пациента и в пределах конфиденциальности. Противоречивые сведения используют для уточнения временной шкалы, а не для того, чтобы назвать пациента «лжецом».

4 30.4. Прежде всего выявить неотложную опасность

При треморе, спутанности сознания, судорогах, выраженных вегетативных изменениях, галлюцинациях, сильном возбуждении или тяжёлом соматическом состоянии нельзя откладывать медицинскую оценку. Внезапная отмена алкоголя и некоторых седативных средств может быть опасна. Описание в книге не является протоколом самостоятельной домашней детоксикации или снижения дозы.

Суицидальные мысли, высказанные во время интоксикации, нельзя отвергать со словами «протрезвеет — пройдёт». Обеспечивают безопасную среду и необходимую медицинскую помощь; при изменении состояния оценку повторяют. Отдельно рассматривают способность человека принимать решения и потребность в помощи близких.

5 30.5. Ошибка «сначала полностью воздержится, потом будем лечить»

Для выяснения влияния вещества могут потребоваться время и наблюдение. Однако это не основание откладывать помощь при тяжёлой депрессии, психозе или суицидальном риске. Нужна параллельная, согласованная помощь в отношении употребления вещества и психического расстройства. Если одна служба постоянно перенаправляет пациента в другую со словами «сначала обратитесь туда», возникают разрывы в помощи. [30.2]

С пациентом обсуждают цели и степень готовности. Он может быть готов уменьшить употребление, но не готов полностью прекратить. Это не повод прекращать разговор, а возможность снизить риск и вовлечь в лечение. При этом в клинически опасных ситуациях чёткую медицинскую рекомендацию высказывают прямо.

При выборе лекарства учитывают риски избыточной седации, взаимодействий, отравления и зависимости. Нельзя возлагать все задачи лечения на один препарат, «повышающий настроение». В план также включают сон, социальное окружение, долги, работу, семью и ситуации, приводящие к возобновлению употребления.

6 30.6. Три кратких учебных сценария

Первый сценарий: после употребления большого количества стимулятора пациент жалуется на слабость и подавленность. Даже при кратком состоянии без психоза оценивают риск, но F1x.54 автоматически не ставят.

Второй сценарий: имеются повторные депрессивные эпизоды, начавшиеся задолго до употребления алкоголя. Употребление вещества не исключает самостоятельной рекуррентной депрессии; обе проблемы включают в формулировку.

Третий сценарий: при психозе, связанном по времени с веществом, пациент твёрдо убеждён, что он «преступник, погубивший весь город». Это не обычное сожаление. Исследуют природу психоза, возможность делирия, самостоятельного аффективного расстройства или расстройства шизофренического спектра.

Вывод: код определяется клиническим синдромом, а не названием вещества. Наблюдение уточняет диагноз, но не откладывает обеспечение безопасности.

7 30.7. Как собирать анамнез употребления?

Обвиняющий язык в беседе может приводить к сокрытию информации. Вместо «Вы опять пили?» полезнее спросить: «Что вы принимали за последнюю неделю?» Объясняют, что цель — безопасное лечение, а не наказание. Пациент может не знать точного названия или состава вещества; такую неопределённость сохраняют в документации.

Важны способ введения, время последнего употребления, периоды увеличения и уменьшения, прежние симптомы отмены и судороги в анамнезе. Отдельно спрашивают о сочетании нескольких веществ, в том числе алкоголя с рецептурными седативными средствами. Сведения «получено по рецепту» не означают отсутствия риска.

Изучают и функцию употребления: заснуть, уменьшить тревогу, облегчить боль, влиться в компанию или изменить настроение. Эта информация показывает, какими безопасными способами можно заменить роль вещества в лечении. Но слова пациента «пью из-за депрессии» автоматически не подтверждают самостоятельную депрессию; временная шкала всё равно необходима.

8 30.8. Интоксикация, отмена и самостоятельный синдром

При интоксикации эмоции и поведение могут меняться под непосредственным действием вещества. При отмене могут преобладать реакция организма на снижение количества вещества, изменения сна и вегетативные изменения, тревога и дисфория. Самостоятельный депрессивный синдром может продолжаться и в периоды без вещества либо начаться до употребления.

Иногда на первом приёме это различие нельзя установить точно. Формируют рабочую гипотезу и план повторной оценки. «Диагноз пока неясен» не означает «никакой помощи нет». Обеспечение безопасности, соматической стабильности, помощь со сном и проблемой, связанной с веществом, могут начаться уже сейчас.

Если симптомы сохраняются после прекращения употребления, вероятность самостоятельной депрессии возрастает, однако неверно устанавливать один и тот же точный срок для всех веществ и всех пациентов. Учитывают свойства вещества, длительное употребление, сон, сопутствующие заболевания и сведения о возобновлении приёма. Клиническое решение не сводят к одному вопросу «сколько дней не пил?».

9 30.9. Содержание психотического симптома

При обычном чувстве вины человек сожалеет о своей ошибке и в определённой степени способен обсуждать событие. При психотическом чувстве вины возможны не соответствующее доказательствам твёрдое убеждение, нарушение оценки реальности и другие психотические признаки. Нельзя делать вывод о психозе только по силе чувства вины.

При наличии галлюцинаций выясняют их форму, содержание, временную связь и императивный характер. Проверяют ясность сознания, внимание и ориентировку. Это важно для разграничения делирия, психоза, связанного с веществом, аффективного психоза и шизофренического спектра. Употребление вещества не даёт оснований считать любой психоз вызванным веществом.

Прежде чем выбрать F1x.54, задают вопрос: обосновано ли само психотическое расстройство .5? Если психоза нет, нельзя использовать дополнительный знак .54 лишь из-за слова «депрессия». Это одно из наиболее важных уточнений кодирования в этой книге.

10 30.10. Два круга рецидива

Употребление вещества и депрессия могут поддерживать друг друга: подавленность побуждает к употреблению, употребление нарушает сон и отношения, а последующие последствия ещё больше усиливают подавленность. Показать этот круг нужно не для обвинения пациента, а для поиска точек вмешательства.

Первый круг состоит из ситуаций, ведущих к возобновлению употребления: одиночество, день зарплаты, определённые друзья, бессонница или семейная ссора. Второй круг — депрессивное отстранение: уменьшение активности, отказ обращаться за помощью, обесценивание себя и руминация. План должен отвечать на оба.

Если употребление возобновилось, бесполезно называть это обнулением всего лечения. Изучают вопросы: что предшествовало, какие сигналы были замечены, какой помощи не хватило и что изменится в следующий раз? Но при опасном отравлении или состоянии отмены медицинскую безопасность обеспечивают до этого психологического анализа.

11 30.11. Работа с семьёй и конфиденциальность

Близкие нередко утомлены, разгневаны или утратили доверие. Полезно объяснять им заболевание, но конфиденциальность пациента сохраняется. Передавать семье всё содержание бесед без согласия пациента — значит нарушать терапевтическое доверие. Исключительные ситуации, например непосредственная опасность, оцениваются в соответствии с местным правом и профессиональными требованиями.

Вместо общей задачи семье «контролируйте его» договариваются о конкретной помощи: содействие в посещении приёма, договорённость о безопасном хранении лекарств, распознавание признаков риска или уменьшение конфликтов дома. Нельзя принуждать близких к роли лечащего специалиста или охранника.

Обе стороны должны быть в безопасности. Если есть насилие, употребление вещества не оправдывает его. В ситуации, когда семейная беседа может повысить риск, принимают отдельные меры безопасности. Помощь пациенту не означает игнорирования безопасности других.

12 30.12. Пример клинической записи при наблюдении

Пример: «Время последнего употребления и количество вещества записаны со слов пациента. Депрессивные симптомы присутствовали и до усиления употребления, однако сведения о предыдущем периоде без вещества ограниченны. В настоящее время психотических признаков не выявлено; оснований для F1x.54 нет. Риск острой отмены подлежит медицинской оценке. Наблюдение в отношении самостоятельного депрессивного синдрома продолжается».

Этот текст — не готовый диагноз, а способ разграничить известное и неизвестное. Если на следующем приёме появятся новые данные, формулировка изменится. Цель — не излишняя категоричность в первый же день, а построение безопасного и основанного на доказательствах пути лечения.

13 30.13. Согласование задач лечения

Пациент может одновременно работать с наркологом, психиатром, психологом и врачом общей практики. Даже если каждый специалист знает свою часть, при отсутствии общего плана пациент получает противоречивые рекомендации. Необходимо согласовать ответственность, список лекарств, безопасность и сроки повторной оценки.

В плане чётко обозначают, какой специалист наблюдает за какими симптомами. Например, риск острой отмены может находиться в ведении медицинской службы, депрессивный синдром — в рамках психиатрической оценки, механизмы возобновления употреб-

ления — психологической и реабилитационной помощи. Эти задачи не изолированы друг от друга, а предполагают взаимный обмен информацией.

Сам пациент также должен понимать план: к кому и в какой ситуации обращаться, когда следующий приём, кто решает вопросы о лекарствах? Совместный обмен информацией в пределах конфиденциальности и согласия уменьшает разрывы в лечении.

14 30.14. Случай: «лечение депрессии алкоголем»

Пациент 32 лет говорит, что по вечерам употребляет алкоголь, чтобы заснуть. Подавленность была и раньше, затем количество употребляемого возросло. Сейчас присутствуют утренняя тревога, дневная усталость и самообвинение. Здесь могут сочетаться самостоятельная депрессия, симптомы, связанные с веществом, и нарушение сна.

Врач уточняет количество употребляемого и последний приём, проверяет риск отмены, собирает историю депрессивных эпизодов. Оба вывода — «бросите алкоголь, и всё пройдёт» и «у вас только депрессия, употребление неважно» — преждевременны. Необходимы безопасное лечение и повторная оценка во времени.

Пациенту объясняют различие между кратковременным облегчением от алкоголя и его долгосрочными последствиями. Может казаться, что засыпать легче, но это не равнозначно качественному сну и лечению депрессии. Оценивают и риск резкой отмены без индивидуального медицинского плана.

На последующих приёмах отдельно отслеживают настроение, сон, употребление, функционирование и риск. Если полноценная депрессия сохраняется и в период без вещества, это усиливает необходимость её самостоятельного лечения. Если симптомы существенно ослабевают, формулировку соответственно обновляют. В обоих случаях продолжают помогать пациенту без осуждения.

15 30.15. Учебные вопросы

Вопрос: подходит ли F10.54 любому депрессивному пациенту, употребляющему алкоголь? Ответ: нет. Этот дополнительный код относится к депрессивным психотическим симптомам в рамках психотического расстройства. Его не ставят автоматически при состоянии без психоза.

Вопрос: можно ли ждать, не оказывая помощь при суицидальном риске, пока не выяснено влияние вещества? Ответ: нет. Безопасность и необходимая помощь не ждут уточнения диагноза.

Вопрос: является ли возобновление употребления основанием для прекращения лечения? Ответ: не автоматически. Это информация для повторной оценки риска и коррекции плана. При остром отравлении или состоянии отмены приоритетна срочная медицинская помощь.

30.16. Источники

[30.1] WHO. Diagnostic Criteria for Research. F10–F19, F1x.5 и F1x.54. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[30.2] NICE. Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings. CG120. Этот источник относится к употреблению, сочетающемуся с психозом; он не является универсальным протоколом для любой депрессии, связанной с веществами.
https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/chapter/Recommendations

31-ГЛАВА

Послеродовая депрессия и F53.0

F53.0

1 31.1. Перинатальный период и кодирование — не одно и то же

Послеродовая депрессия может влиять на здоровье матери, связь с ребёнком и функционирование семьи. Отношение «ты стала матерью, должна радоваться» усиливает стыд и вину. Клиническая беседа начинается с вопросов матери не только о младенце, но и о её собственном состоянии.

Клинические перинатальные службы могут охватывать беременность и первый год после родов. Однако временные границы связи с родами и условия применения рубрики F53 МКБ-10 уже: она предназначена для состояний, начавшихся в течение шести недель после родов и не классифицируемых более подходящим образом в другой рубрике. F53.0 не является автоматическим кодом любой послеродовой депрессии. При наличии полного синдрома F32/F33 рассматривают соответствующую аффективную рубрику и местные правила акушерского кодирования. [31.1]

2 31.2. Отличие от преходящих эмоциональных изменений

В первые дни после родов могут наблюдаться плаксивость, чувствительность и усталость. Обычно они кратковременны и протекают легко. Но если признаки затягиваются, усиливаются, появляются ангедония, чувство никчёмности, серьёзное снижение функционирования или мысли о самоповреждении, нельзя ждать со словами «это бывает у всех матерей».

Бессонницу также нужно понимать в контексте. Мало спать, потому что будит младенец, и не мочь заснуть даже тогда, когда за ребёнком ухаживает другой человек, — не одно и то же. Ещё одно опасное различие: отсутствие усталости при очень коротком сне, необычная активность и переоценка своих сил могут указывать на манию или смешанное состояние.

3 31.3. Проверка на биполярность и психоз

Спрашивают о прежних маниях, гипоманиях, послеродовом психозе, психиатрическом лечении и семейном анамнезе. Недостаточно принимать решение об антидепрессанте только на основании нынешней подавленности. При биполярной депрессии логика лечения отличается от униполярной.

Остро возникшие после родов спутанность, исчезновение потребности во сне, необычные убеждения, галлюцинации, возбуждение или психотические мысли о ребёнке требуют неотложной психиатрической оценки. Обеспечивают безопасность матери и ребёнка. Нельзя ограничиваться амбулаторной консультацией, считая такое состояние обычной «послеродовой подавленностью». [31.2]

4 31.4. Разграничение пугающих мыслей, намерения и психоза

Некоторые матери страдают от нежелательных, пугающих их образов причинения вреда ребёнку. Само наличие такой мысли не означает автоматически намерения её осуществить. Отдельно выясняют: воспринимает ли пациентка мысль как противоречащую её желанию, избегает ли её, есть ли реальное намерение или план, присутствует ли психотическое убеждение.

Наказывать за любое такое сообщение или угрожать отнять ребёнка — значит приучать мать скрывать симптомы. При этом неверно и просто отвергать риск словами «это только мысль». Нужны полная оценка без осуждения и чёткий план безопасности.

5 31.5. План помощи

План адаптируют к тяжести симптомов, эффективности прежнего лечения, предпочтениям матери, грудному вскармливанию, поддержке и уходу за ребёнком. Психологические вмешательства, в том числе КПТ или помощь, ориентированную на межличностные проблемы, выбирают по клинической потребности. Семейная помощь означает не слова «потерпи», а практическое распределение задач, связанных со сном и уходом.

Женщина, принимающая лекарство, не должна самостоятельно резко его отменять. При беременности и грудном вскармливании решение соотносят не только с возможным риском препарата, но и с рисками нелеченого заболевания и рецидива. Конкретный препарат, дозу и план наблюдения за ребёнком определяет специалист. Обе крайности — «все психотропные препараты запрещены при кормлении грудью» и «все абсолютно безопасны» — неверны.

Поддержка отношений матери и ребёнка может быть частью лечения. Отсутствие немедленного сильного чувства любви не делает женщину плохой матерью. Вместо обвинений помогают постепенно восстанавливать общение, уход и эмоциональную близость.

6 31.6. Учебный случай и вывод о кодировании

Через восемь недель после родов у женщины выявлены продолжающиеся более двух недель ангедония, сильная вина, нарушения сна и внимания. Неверно обозначать это состояние F53.0 только потому, что оно возникло после родов. Проверяют время начала, полноту синдрома и соответствие другим рубрикам.

Другая женщина через пять дней после родов почти не спит и говорит: «Мой ребёнок пришёл с особой миссией, голоса дают мне указания». В этом сценарии главная задача — не обсуждение кода, а неотложная оценка и безопасность.

Вывод: послеродовой период не заменяет диагноз, а меняет контекст оценки и лечения. Потребности матери и ребёнка не конкурируют друг с другом.

7 31.7. Переход от скрининга к клинической беседе

В перинатальном периоде стандартный опросник может помочь увидеть симптомы, но балл не заменяет диагноз. Учитывают, как женщина поняла вопрос, причину недосыпания, обусловленное культурой чувство вины и возможность открыто говорить о риске. При положительном скрининге должен быть определён дальнейший путь клинической оценки и помощи.

Низкий балл также не исключает всех рисков. Мать может скрывать симптомы, бояться разлуки с ребёнком или пытаться выглядеть «хорошей матерью». Ей объясняют конфиденциальность беседы и её границы. Отношение без осуждения улучшает и качество диагностической информации.

Вопросы охватывают состояние до и во время беременности. Депрессия, выявленная после родов, могла на самом деле начаться при беременности. Уточнение времени начала важно для границ F53, истории рецидивов и плана профилактики.

8 31.8. Оценка способности ухаживать за ребёнком без обвинений

Вопрос «Вы хорошо ухаживаете за ребёнком?» может усиливать ощущение, что её оценивают. Полезны более конкретные вопросы: «Кто помогает вам кормить и укладывать ребёнка?», «Находите ли вы время поесть сами?», «В какое время бывает труднее всего?», «Что вы чувствуете, когда ребёнок плачет?»

Усталость, ангедония или страх у матери затрудняют уход, но не означают автоматически опасности для ребёнка. Разграничивают реальную опасность, практические трудности и субъективное чувство вины. Если мать не справляется с основным уходом, нужно не обвинять её, а быстро организовать практическую помощь.

При привлечении супруга или близких учитывают согласие и безопасность женщины. Одни семьи поддерживают, другие усиливают критику и контроль. Само по себе наличие семьи не означает наличия помощи.

9 31.9. Два разных нарушения сна

Сокращение сна после родов встречается часто, но его клиническая форма различается. Мать, чей сон прерывается из-за ухода за ребёнком, но которая может спать при наличии возможности, отличается от матери, которая не может заснуть даже при такой возможности из-за тревоги или депрессии. Во втором случае может требоваться специальная клиническая помощь.

Необычный прилив сил и отсутствие усталости при коротком сне — другой сигнал. Особенно если это сочетается с быстрой речью, грандиозными планами, импульсивными покупками, подозрительными убеждениями или психозом, необходимо быстро оценить биполярное или психотическое состояние. Объяснение «все молодые матери такие» может привести к опасной задержке.

При поддержке сна рассматривают безопасное распределение ухода за ребёнком, возможность отдыха для матери и реальные семейные ресурсы. Решения, связанные с грудным вскармливанием и медицинскими потребностями ребёнка, согласуют с педиатрической и акушерской консультацией. Цель — оказать матери практическую помощь, а не заставлять её чувствовать вину за своё психическое здоровье.

10 31.10. Совместное принятие решения о лекарствах

Пользу и риск следует объяснять женщине не абсолютными утверждениями, а на основе её личной истории. Важны прежние тяжёлые эпизоды, суицидальный риск, хороший ответ на лекарство, рецидив после отмены и нынешняя тяжесть. При грудном вскармливании на решение могут влиять также возраст младенца, недоношенность и состояние его здоровья.

Препарат выбирают не только по интернет-списку «самых безопасных лекарств». Необоснованная замена препарата, хорошо помогавшего женщине, также может нести риск. В то же время это не означает автоматического продолжения любого имеющегося лекарства. Специалист объединяет данные, предпочтения женщины и возможности мониторинга.

Пациентке объясняют, что нельзя самостоятельно менять дозу и резко прекращать приём. Должно быть ясно, к кому и когда обращаться при побочном эффекте или тревожном изменении у младенца. Такие решения требуют индивидуальной медицинской консультации; в книге не приводится универсальный рецепт.

11 31.11. Особые темы психологической помощи

При перинатальной депрессии важны межличностные изменения: отношения в паре, переход к материнской роли, чувства по поводу работы и самостоятельности, прежняя утрата или травматичный опыт родов. Обсуждение этих тем не означает, что мать не любит ребёнка. Одновременно могут присутствовать разные чувства: любовь, усталость, страх и сожаление.

В КПТ исследуют жёсткие требования, например убеждения «я никогда не должна уставать» или «если прошу помощи, я плохая мать». В межличностном подходе внимание может уделяться изменению роли, утрате и общению. Метод выбирают с учётом предпочтений женщины, клинического состояния и возможностей службы.

Прежде чем называть невозможность посещать психотерапию отсутствием мотивации, спрашивают о транспорте, присмотре за ребёнком, уединённой комнате и доступности онлайн-связи. Иногда самое эффективное изменение — другой формат сеанса или подходящее время. Форма помощи должна вписываться в жизнь матери.

12 31.12. Случай разграничения психоза и нежелательной мысли

Одна мать говорит: «Боюсь уронить ребёнка; когда приходит эта мысль, руки дрожат». Она не хочет этой мысли, боится её и стремится защитить ребёнка. Здесь оценивают обсессивный страх, тревогу и депрессию; о реальном намерении и риске всё равно спрашивают.

Другая мать твёрдо убеждена: «Мой ребёнок не человек, голос велит мне его спасти». Это указывает на психотическое содержание и возможность непосредственной опасности. У третьей матери психоза нет, но есть сильная безнадёжность и план причинения вреда себе и ребёнку. Это тоже неотложная ситуация.

Различие трёх сценариев не в том, насколько пугает мысль, а в отношении человека к ней, оценке реальности, намерении и плане. В каждом случае нужна уважительная и полная оценка. Неверно как автоматически считать пациентку опасной, так и считать все мысли безопасными.

13 31.13. Профилактика рецидива и будущая беременность

Женщине, у которой раньше была тяжёлая послеродовая депрессия или психоз, полезна плановая консультация до следующей беременности. Это не запугивание беременностью, а заблаговременное обсуждение рисков и ресурсов на основе прошлого опыта. Совместно рассматривают лекарства, сон, семейную помощь и путь раннего обращения.

Самостоятельная отмена лекарства при обнаружении беременности в некоторых случаях может увеличить риск рецидива. Поэтому лечение изменяют после индивидуальной консультации специалиста. Предпочтения пациентки и её репродуктивные планы уважают; запугивание и принуждение недопустимы.

Можно заранее договориться, кто будет помогать в первые недели после родов, когда мать сможет отдыхать и при каких сигналах нужно срочно обращаться. Чтобы план не остался на бумаге, учитывают реальных людей и реальные возможности. Обмен информацией с семьёй соответствует согласию пациентки.

14 31.14. Язык, поддерживающий безопасность

Вместо обвинительного «Как вы могли такое подумать?» больше информации даёт вопрос: «Как эта мысль приходит к вам и как вы к ней относитесь?» Если мать чувствует, что её не осуждают, она может более открыто рассказать о симптомах, которые считает опасными или постыдными.

Пациентке заранее объясняют границы конфиденциальности. При непосредственной опасности может быть привлечена необходимая помощь для её безопасности и безопасности ребёнка. Важно говорить об этом не как об угрозе, а как о части защиты и лечения. Соблюдают местное право и профессиональные правила.

Оценки матери как «хорошей» или «плохой» не относятся к клиническому языку. В документации записывают конкретные симптомы, функционирование, риск и план помощи. Это уменьшает стигму и даёт следующему специалисту необходимую информацию.

15 31.15. Учебные вопросы и практический вывод

Вопрос: любая депрессия в первый год после родов — это F53.0? Ответ: нет. Период работы клинических перинатальных служб и классификационные границы F53 не совпадают. Проверяют наличие полного аффективного синдрома и время начала.

Вопрос: нежелательная пугающая мысль о причинении вреда ребёнку равнозначна реальному намерению? Ответ: нет. Отдельно оценивают отношение к мысли, намерение, план, психоз и контроль. Но это различие не даёт оснований вообще не спрашивать о риске.

Вопрос: если мать мало спит, это связано только с младенцем? Ответ: не всегда. Невозможность заснуть при наличии возможности может быть связана с депрессией или тревогой; снижение потребности во сне с необычным приливом энергии требует проверки на биполярное или психотическое состояние.

Основное практическое правило: помощь матери — также часть помощи ребёнку. Понимание синдрома, функционирования и риска вместо осуждения чувств пациентки создаёт основу для улучшения клинического результата.

31.16. Источники

[31.1] WHO. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. F53. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[31.2] NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. CG192. https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/Recommendations

32-ГЛАВА

Рекуррентное кратковременное депрессивное расстройство

F38.10

1 32.1. Клиническая значимость сохраняется и при краткой продолжительности

У некоторых людей депрессивное состояние длится несколько дней, затем значительно облегчается и вновь повторяется. В такой ситуации ошибочно как говорить «двух недель не было, значит, это неважно», так и называть каждое однодневное изменение настроения депрессивным эпизодом. Время, полноту симптомов, повторяемость и функционирование оценивают совместно.

В исследовательских критериях МКБ-10 ВОЗ для F38.10 депрессивные симптомы соответствуют установленному уровню синдрома, но эпизод длится менее двух недель; чаще — два-три дня. Важны повторение примерно раз в месяц за последний год и отсутствие связи исключительно с менструальным циклом. Неверно ограничивать эту форму только тяжёлыми эпизодами. [32.1]

2 32.2. Почему одной встречи недостаточно?

Когда пациент говорит «каждый месяц впадаю в уныние», это может быть обобщением, основанным на памяти. Уточняют даты, продолжительность, бессимптомные промежутки и изменения функционирования. Первоначальную клиническую гипотезу проверяют со временем; сами по себе несколько коротких эпизодов не подтверждают всех критериев.

В дневнике кратко отмечают настроение, интерес, энергию, сон, аппетит, самооценку, суицидальные мысли и активность. Отмечают также менструальный цикл, употребление веществ, рабочий график и изменения лекарств. Дневник не заменяет диагностику, но уменьшает ошибки памяти и показывает временные связи.

3 32.3. Изучение бессимптомного промежутка

Действительно ли между эпизодами состояние возвращалось к прежнему уровню или сохранялась лёгкая депрессия? Под словами «мне было хорошо» пациент может подразумевать лишь улучшение по сравнению с тяжёлыми днями. Сон, удовольствие, работоспособность и отношения отдельно исследуют и в этом промежутке.

Если на фоне подавленности иногда возникают снижение потребности во сне, необычная энергия, быстрая речь и рискованные решения, оценивают биполярный спектр. Сам по себе короткий депрессивный эпизод не доказывает биполярность, но и не исключает её. Аналогично нельзя автоматически относить к F38.10 эмоции, меняющиеся в течение часов в ответ на стресс.

4 32.4. Отличие от состояний, связанных с менструальным циклом

Если симптомы регулярно появляются в определённой фазе цикла и исчезают в другой, отдельно проверяют расстройства, связанные с циклом. Для этого проспективные ежедневные наблюдения полезнее однократного воспоминания. Само по себе ежемесячное повторение не означает F38.10.

Иногда цикл усиливает уже имеющуюся депрессию, но не объясняет весь синдром. Если назвать такое состояние только «гормональным», можно пропустить самостоятельную депрессию. Гинекологическая и психиатрическая оценки дополняют друг друга; пациентку нельзя оставлять без помощи между двумя службами.

5 32.5. Планирование безопасности и между эпизодами

При коротком эпизоде суицидальные мысли могут быстро усиливаться. Даже если в день встречи пациент чувствует себя хорошо, всё равно спрашивают о намерениях и действиях в прошлые тяжёлые дни. Сведения «через три дня проходит» не гарантируют безопасности.

В спокойном промежутке договариваются о ранних признаках, о том, к кому обращаться, как уменьшить доступ к опасным средствам и чем могут помочь близкие. С согласия пациента один доверенный человек может знать план. При высоком риске требуется не ожидание очередного обычного приёма, а срочная медицинская помощь.

6 32.6. Границы доказательств в лечении

Доказательная база для этой формы не столь прочна, как для распространённого длительного депрессивного эпизода. Поэтому неверно автоматически переносить каждый результат лечения F32 на F38.10 или представлять один метод как гарантированно эффективный. Лечение основывается на тяжести симптомов, риске, сопутствующих заболеваниях, прежнем ответе пациента и его предпочтениях.

Психологическая работа может охватывать понимание эпизода, сохранение активности, уменьшение руминации и избегания, план безопасности и устойчивый режим сна. Решение о лекарстве принимает специалист после проверки диагноза и вероятности биполярности. Не рекомендуется каждый раз самостоятельно начинать и прекращать приём лекарства по мере завершения короткого эпизода.

7 32.7. Учебный пример

Пациент 34 лет описывает, что за последние четырнадцать месяцев почти каждый месяц на два-четыре дня возникали невозможность выходить на работу, ангедония и жёсткая самокритика. В промежутках функционирование восстанавливается. По дневнику, анамнезу и сведениям близких исследуют синдром, повторяемость, вещества и состояния подъёма. Это даёт основание обсуждать вероятность F38.10, но краткое описание само по себе не является диагнозом.

Если у того же пациента «хорошие дни» на самом деле окажутся гипоманией, формулировка изменится. Если симптомы связаны только с предменструальным периодом, потребуется обследование в другом направлении. Клинический вывод: для понимания короткого эпизода нужна более длинная временная шкала.

8 32.8. Превращение дневника в клинические данные

Не каждый «плохой день» в дневнике является депрессивным эпизодом. Пациент кратко отмечает настроение, интерес, энергию и функционирование; затем врач анализирует совместное появление этих признаков и их временную структуру. Один день усталости из-за недосыпания отличается от полноценного синдрома в течение нескольких дней.

Если дневник слишком сложен, пациент может его забросить. Выбирают небольшое число понятных показателей. Например, вопросы «выполнил ли я сегодня свою обычную задачу?», «получил ли удовольствие от прежде любимого занятия?», «были ли мысли причинить себе вред?» обогащают клиническую беседу. Ответ о риске должен быть связан с планом связи, не предполагающим ожидания следующей встречи.

Пациент может помнить определённые дни каждого месяца как плохие, потому что именно тогда растёт рабочая нагрузка или финансовое давление. Дневник может показать эту связь. Однако связь со стрессом не исключает автоматически кратковременного рекуррентного расстройства; проверяют также синдромальные и временные критерии.

9 32.9. Осторожная оценка биполярного спектра

Изменчивость настроения не равнозначна биполярному расстройству. Возвращаясь к своему обычному состоянию после депрессии, пациент может чувствовать себя «очень хорошо». Это не означает гипоманию. Спрашивают об изменениях энергии, потребности во сне, речи, решений и функционирования, явно отличавшихся от прежнего обычного состояния.

Гипоманию не следует ограничивать только приподнятым настроением. У некоторых преобладают раздражительность и необычная активность. Важны изменения, замеченные близкими, последствия и продолжительность. При этом биполярный диагноз не ставят по одному дню хорошего настроения или беспокойству после бессонной ночи.

Ответ на лекарство также не является единственным диагностическим тестом. Если после антидепрессанта возникают возбуждение или бессонница, это исследуют клинически, но не делают автоматически один и тот же вывод. Вероятность биполярности влияет на план лечения, поэтому анамнез и динамика имеют особое значение.

10 32.10. Отличие от эмоциональной реактивности

У некоторых пациентов настроение быстро меняется в ответ на межличностное событие: чувство отвержения приводит к сильной подавленности, а примирение — к быстрому облегчению. Нельзя называть это F38.10 лишь из-за краткой продолжительности. Оценивают устойчивый межличностный механизм, импульсивность, историю травмы и другие клинические особенности.

У другого пациента эпизоды начинаются относительно независимо, несколько дней сохраняются в разных ситуациях, после чего функционирование восстанавливается. Это усиливает вероятность кратковременного рекуррентного аффективного синдрома. Однако ни одна особенность сама по себе не определяет диагноз; необходим полный анамнез.

Цель — не поспешно навесить на пациента ярлык расстройства личности. Краткие эмоциональные изменения могут иметь много причин. Дифференциальная оценка должна быть уважительной, осторожной и основанной на динамике. Сам диагноз не определяет, насколько серьёзно следует относиться к переживаниям пациента.

11 32.11. Документирование связи с менструальным циклом

В дневнике отмечают дату начала цикла, время появления и исчезновения симптомов. Общее воспоминание пациентки «перед месячными мне плохо» иногда отличается от реальной ежедневной динамики. Проспективное наблюдение в течение нескольких циклов уточняет клиническое суждение.

Усиление уже имеющейся депрессии перед менструацией и появление симптомов только в определённой фазе — не одно и то же. Если симптомы сохраняются в промежутке, рассматривают также самостоятельный депрессивный синдром. При выявленной связи с циклом согласуют гинекологическую и психиатрическую помощь.

Гормональное объяснение нельзя использовать для преуменьшения всех проблем пациентки. Сон, стресс, отношения, лекарства и соматические факторы тоже могут влиять. Диагноз опирается на многофакторную формулировку, а не на одно слово «гормональный».

12 32.12. План перед эпизодом и во время него

В спокойный период вместе с пациентом составляют перечень ранних признаков. Например, изменение режима сна, отстранение от близких, прекращение занятий или усиление мысли «всё равно бесполезно». Признаки у всех разные, поэтому общий список сверяют с личным опытом пациента.

Во время эпизода план проще: сохранять основной уход за собой, откладывать рискованные решения, обращаться за предусмотренной помощью и проходить срочную оценку при опасности. В тяжёлые дни может быть полезно не спешить с крупными личными или финансовыми решениями, но самостоятельность пациента не ограничивают необоснованно.

После завершения эпизода анализ проводят без обвинений. Что было замечено первым, какая помощь сработала, где произошёл разрыв? Цель — не переживать каждый месяц одну и ту же трудность заново, а улучшать заранее подготовленный путь. При изменении симптомов или выявлении биполярности план пересматривают.

13 32.13. Оценка клинического результата

При коротких эпизодах средний месячный балл может скрывать опасные дни. Поэтому отдельно отслеживают число эпизодов, их продолжительность, тяжесть, влияние на функционирование и риск. Всего три плохих дня за месяц не означают «лёгкое состояние», если в эти дни было выраженное суицидальное намерение.

Даже если после лечения число эпизодов не изменилось, их тяжесть или количество пропусков работы могут уменьшиться. Такой частичный результат отмечают, но не называют полной ремиссией. И наоборот, даже при благополучии между симптомами план не считают достаточным, если опасный эпизод сохраняется.

В области с ограниченными доказательствами важно открыто обсуждать неопределённость с пациентом. Вместо обещания «этот метод обязательно поможет» договариваются о том, что будет испробовано, какой результат будут наблюдать и когда изменят план. Такая осторожность — не беспомощность, а часть ответственного клинического решения.

14 32.14. Интерпретация доказательств: что доказывает одно исследование?

Читая литературу о кратковременной рекуррентной депрессии, важно отличать её от исследований повторных больших депрессивных эпизодов. Само наличие слов «recurrent depression» в заголовке не означает, что изучалась популяция F38.10. Проверяют критерии включения участников, продолжительность эпизода и основной показатель результата.

Старое плацебо-контролируемое исследование флуоксетина не показало явной пользы в отобранной группе с кратковременной рекуррентной депрессией и суицидальными попытками. Этот результат не означает, что препарат неэффективен при любой депрессии; он показывает, что доказательства для одного синдрома нельзя автоматически переносить на другой. Кроме того, одно старое исследование не даёт окончательного ответа обо всём современном лечении. [32.2]

Если улучшение отмечено в открытом наблюдении или небольшой серии случаев, учитывают естественную изменчивость, отбор и отсутствие контрольной группы. Объяснять пациенту границы доказательств — не значит подрывать доверие; это делает цели лечения и наблюдение реалистичными.

15 32.15. Пример документирования рабочего диагноза

«Пациент описывает короткие, повторяющиеся депрессивные периоды. По имеющимся данным, между эпизодами функционирование восстанавливается, однако повторяемость за год и полнота синдрома в каждом эпизоде будут уточнены по дневнику. Оцениваются биполярность, связь с циклом и влияние веществ. Составлен отдельный план по риску».

Такая запись предохраняет от восприятия F38.10 как готового и неизменного диагноза. Последующие данные могут подтвердить гипотезу или направить в другую сторону. Пациенту также объясняют цель наблюдения: не недоверие к его переживаниям, а правильное понимание характера повторений.

Для пациента, который не способен вести дневник, выбирают другой путь: короткую заметку в телефоне, восстановление событий по календарю на приёме или наблюдения близкого с согласия пациента. Способ сбора информации адаптируют к жизни пациента, не превращая его в излишнюю нагрузку ради установления диагноза.

16 32.16. Учебные вопросы

Вопрос: любая подавленность длительностью два-три дня — это F38.10? Ответ: нет. Оценивают полноту синдрома, повторяемость, временные критерии и другие причины.

Вопрос: эта форма включает только тяжёлую депрессию? Ответ: нет. В исследовательских критериях тяжесть симптомов может быть различной; краткая продолжительность — одно из основных отличий.

Вопрос: если в день приёма пациент чувствует себя хорошо, можно не спрашивать о риске? Ответ: нет. Отдельно оценивают риск во время коротких тяжёлых эпизодов и заранее подготовленный план на этот случай. Спокойный промежуток — подходящее время для планирования безопасности.

32.17. Источник

[32.1] WHO. Diagnostic Criteria for Research. F38.10. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/grnbook.pdf

[32.2] Montgomery DB и соавторы. Lack of efficacy of fluoxetine in recurrent brief depression and suicidal attempts. 1994. PubMed PMID: 7888419. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7888419/

33-ГЛАВА

Депрессия при расстройствах шизофренического спектра

1 33.1. Не оставлять депрессию в тени психоза

У пациента с расстройством шизофренического спектра подавленность, ангедония и безнадежность требуют отдельного внимания, независимо от основного психоза. Подход «у него шизофрения, все из-за нее» скрывает депрессию, акатизию, побочные эффекты или суицидальный риск. Качество жизни пациента измеряется не только уменьшением галлюцинаций.

После психоза человек может тяжело переживать случившееся, госпитализацию, потерю работы, изменения в отношениях и стигму. Этот психологический контекст важен, однако нельзя преуменьшать полноценный депрессивный синдром, называя его лишь «реакцией».

2 33.2. F20.4 и F25.1

Для F20.4 в клиническом руководстве ВОЗ оцениваются наличие за предшествующие двенадцать месяцев эпизода, соответствующего критериям шизофрении, сохранение отдельных шизофренических симптомов и выраженные, причиняющие страдание депрессивные симптомы длительностью не менее двух недель. F20.4 обозначает постшизофреническую депрессию: после предшествующего эпизода шизофрении ведущим становится депрессивный синдром, при этом отдельные шизофренические симптомы могут сохраняться. Если клиническую картину вновь определяет активный психоз или остаточные симптомы полностью отсутствуют, рассматриваются и другие диагностические варианты. [33.1]

При шизоаффективном расстройстве депрессивного типа F25.1 в рамках одного эпизода отчетливо проявляются как характерные для шизофрении, так и депрессивные симптомы. Не следует смешивать критерии МКБ-10 с временными правилами DSM. Механически переносить правило одной системы «две недели психоза без симптомов расстройства настроения» в другую систему неправильно.

Для диагноза недостаточно двух сведений: «слышит голоса и печален». Полностью оцениваются форма психоза, депрессивный синдром, их временное соотношение, предыдущие эпизоды, влияние веществ и соматическое состояние. При психотической депрессии

психоз наблюдается в контексте депрессивного эпизода; это нельзя приравнивать к шизоаффективному расстройству.

3 33.3. Разграничение с негативными симптомами

Негативные симптомы могут включать снижение эмоциональной экспрессии, обеднение речи, социальное отстранение и снижение инициативы. При депрессии печаль, вина, чувство собственной никчемности, безнадежность и мысли о самоповреждении помогают определить клиническое направление. Однако эти признаки не всегда четко разграничиваются; несколько механизмов могут действовать одновременно.

Пациент с маловыразительным лицом может испытывать сильное внутреннее страдание. Поэтому наблюдение необходимо сочетать с изучением субъективного опыта пациента. Впечатление «вы не выглядите печальным» не исключает депрессию. Точно так же само по себе молчание не доказывает ее наличие.

4 33.4. Побочные эффекты и акатизия

Седативное действие может приводить к слабости, сонливости и снижению двигательной активности. При акатизии человек не может спокойно сидеть и описывает внутреннее беспокойство как невыносимое. Это состояние можно спутать с тревогой, ажитированной депрессией или усилением психоза.

Услышав слова пациента «внутри все горит, не могу оставаться на одном месте», выясняют, когда был назначен препарат или повышена его доза. Автоматическое увеличение дозы антипсихотика только из-за этого симптома может ухудшить состояние. Изменение лечения основывается на оценке ответственного врача; пациенту не предлагают самостоятельно отменять препарат.

5 33.5. Суицидальный риск и восстановление

После ослабления психоза риск не всегда снижается. Пациент может осознать свои потери и смотреть в будущее без надежды. Отдельно оцениваются суицидальные мысли, императивные голоса, употребление веществ, предыдущие попытки, социальная изоляция и перерывы в лечении.

План восстановления не ограничивается лекарствами. Обсуждаются жилье, работа или образование, семейные отношения, стигма, физическое здоровье и личные цели пациента. Совместный план составляется не для контроля, а для восстановления возможностей человека. [33.2]

Психологические вмешательства адаптируются к особенностям психоза. Резкое высмеивание убеждений пациента или спор со словами «вы неправильно думаете» могут нарушить терапевтический контакт. Начало разговора с чувств, риска и влияния на повседневную жизнь часто делает общение более эффективным.

6 33.6. Учебный случай

25-летний пациент вернулся домой после психоза. Голоса значительно ослабли, но он говорит «моя жизнь закончилась», не встречается с друзьями и стал хуже питаться. Прежде чем считать это только негативной симптоматикой, оценивают депрессивный синдром и риск.

У другого пациента такое же отстранение началось с выраженной сонливостью после повышения дозы препарата. Он не сообщает о печали или чувстве никчемности, а во время бодрствования интересы сохранены. Изучается вероятность побочного эффекта. У третьего пациента депрессия и психоз могли полностью сформироваться одновременно; в этом случае история эпизодов имеет решающее значение для выбора кода.

Вывод: за одинаковой внешней пассивностью могут стоять депрессия, негативные симптомы, побочные эффекты или их сочетание. Лечение начинается с определения механизма.

7 33.7. Временная последовательность: что возникло раньше, психоз или депрессия?

Для дифференциальной диагностики важно не только наличие симптомов, но и их временное соотношение. Были ли характерные для шизофрении симптомы еще до начала депрессивного эпизода? Сохранялся ли психоз в отсутствие депрессии? Какой синдром является ведущим в текущем эпизоде? Ответить на эти вопросы помогают документы о предыдущем лечении и ремиссии.

Воспоминания пациента о периоде психоза могут быть фрагментарными. Близкие и прежние записи дают дополнительные сведения, однако каждый из этих источников также может содержать ошибки. Данные сопоставляются; противоречия не скрываются. То, что остается «неясным», становится задачей дальнейшего наблюдения.

При составлении временной последовательности правила МКБ-10 и других классификаций не смешиваются. В клиническом обучении полезно знать несколько систем, но должно быть ясно, на какой системе основан окончательный код. Иначе в одном документе появляются несовместимые критерии.

8 33.8. Первичные и вторичные негативные симптомы

Внешнее состояние, похожее на негативную симптоматику, может иметь разные причины. Например, пациент избегает людей из-за психотического страха; неактивен вследствие седации; из-за депрессии ни во что не верит; либо в его социальной среде нет возможностей. При выявлении таких вторичных механизмов меняется и направление вмешательства.

Прежде чем делать вывод о первичных негативных симптомах, важно проверить эти факторы. Однако считать любую пассивность депрессией тоже неправильно. Оценивается связь субъективной печали, ангедонии, вины, безнадежности и психомоторных изменений с другими признаками.

При сниженной эмоциональной экспрессии пациенту может требоваться больше времени для ответа на вопросы. Если его торопить или приучать близких отвечать вместо него, сведения о его внутреннем опыте теряются. Медленный темп общения не означает отсутствия информации.

9 33.9. Физическое здоровье и депрессия

Опасно объяснять соматические жалобы пациента с расстройством шизофренического спектра только психическим заболеванием. Боль, апноэ сна, метаболические проблемы, ограничения подвижности и другие заболевания влияют на энергию и настроение. На приеме собирают сведения о физическом здоровье, лекарствах и образе жизни.

Метаболические и другие побочные эффекты лечения могут влиять на самооценку пациента и его отношение к приему лекарств. Отмахивание от изменений веса или сексуальных побочных эффектов как от чего-то незначительного может привести к скрытой отмене препарата. Об этих темах спрашивают с уважением и соблюдением конфиденциальности.

Не следует разобщать психиатрическую и общую медицинскую помощь. Вместо того чтобы оставить пациента без конкретного маршрута со словами «спросите об этом другого врача», организуют необходимое направление и координацию. Целостный план важен и для симптомов, и для качества жизни.

10 33.10. Определение приоритетов лечения

При активном психозе, кататонии, тяжелой депрессии, отказе от еды и воды или непосредственном суицидальном риске интенсивность помощи повышается. Обычных амбулаторных упражнений в такой ситуации недостаточно. В зависимости от клинической тяжести и риска может потребоваться неотложная или стационарная оценка.

При более стабильном состоянии план лечения рассматривает остаточный психоз, депрессию, побочные эффекты и функционирование как отдельные цели. Оптимизация антипсихотической терапии, помощь при депрессивном синдроме и психосоциальные вмешательства координируются специалистом. В книге не предлагается одна и та же комбинация препаратов для всех случаев постшизофренической депрессии.

Выясняют отношение пациента к лечению. Боится ли он действия препарата, трудно ли ему принять название болезни, был ли у него ранее отрицательный опыт? Согласие нельзя сводить к ответу «буду принимать таблетки». Понятная информация и совместное принятие решений являются частью лечения.

11 33.11. Психологическая и семейная работа

Безнадежные выводы пациента могут быть связаны с реальными потерями. Вместо общего утешения «все будет хорошо» обсуждают, какие функции можно восстановить и каковы первые шаги. Если продолжать учебу в полном объеме трудно, рассматривают возможность снижения нагрузки или постепенного возвращения.

Работа с семьей направлена на уменьшение критики, чрезмерного контроля и непонимания. Это не означает обвинения семьи в возникновении болезни. Близкие также могут нуждаться в информации и помощи. Четко соблюдаются границы согласия пациента, конфиденциальности и безопасности.

Вместо резкого отрицания психотического убеждения можно осторожно обсудить его влияние на человека и другие возможные объяснения. Однако терапевт не подтверждает бред как истину. Между признанием чувства и поддержкой содержания убеждения есть разница.

12 33.12. Сигналы рецидива и депрессии

Вместе с пациентом и близкими выделяют ранние признаки как повторного усиления психоза, так и депрессии. Например, нарушения сна, подозрительность, социальное отстранение, вина, ухудшение ухода за собой. Один сигнал может встречаться при обоих синдромах, поэтому изучается его обычный контекст.

Необходимо четко определить, при каких признаках следует приблизить плановый прием, а при каких нужна неотложная помощь. Императивные голоса, суицидальное намерение, выраженная спутанность или неспособность обеспечивать базовые потребности не являются поводом для выжидания. План составляется на понятном пациенту языке и предусматривает доступный способ связи.

При наблюдении нельзя ограничиваться вопросом «есть ли голоса?». Также выясняют, находит ли пациент смысл в жизни, испытывает ли удовольствие, желание действовать и участвует ли в социальной жизни. Ослабление психоза является важным результатом лечения, но не исчерпывает содержания восстановления.

13 33.13. Случай: «Если принимаю лекарства, у меня нет жизни»

После уменьшения психоза 28-летний пациент испытывает дневную сонливость, не интересуется работой и хочет прекратить прием препарата. Он говорит: «Я не вылечился, я просто перестал что-либо чувствовать». Врач не отвергает эту жалобу. Отдельно проверяются остаточная депрессия, седация, акатизия, негативные симптомы и реальные социальные потери.

Если основная трудность пациента связана с побочными эффектами, ответственный врач пересматривает соотношение пользы и риска лечения. При выраженной депрессии добавляется соответствующая помощь. Если преобладает отсутствие социальных возможностей, необходимы реабилитационные шаги. Ни ответ «просто продолжайте принимать препарат», ни совет «сразу отмените его» не являются достаточными.

План согласовывается с пациентом, и дата последующего наблюдения определяется точно. Выясняют, какого результата он ожидает от лечения: возвращения к работе, общения с друзьями, эмоциональной близости или самостоятельной жизни. Эти цели наряду с контролем психоза определяют содержание лечения.

14 33.14. Шкала, беседа и клиническое суждение

Инструменты измерения депрессии и негативных симптомов могут упорядочить оценку клинической динамики. Однако балл по одной шкале не определяет автоматически F20.4 или F25.1. Временная последовательность, психотический синдром и действие лекарств остаются предметом клинической оценки.

При выборе шкалы проверяют, для какой популяции она создана, понятен ли ее язык и каковы условия использования. Если пациент не понимает вопрос или его внимание недостаточно, ошибочно приписывать числу чрезмерную точность. Краткая балльная оценка не ставится выше клинической беседы.

Одинаковые показатели на нескольких приемах сопоставляют с функционированием и субъективным самочувствием. Если галлюцинации уменьшились, но безнадежность усилилась, вывода «в целом стало лучше» недостаточно. Результат лечения не сводится к одному измерению.

15 33.15. Учебные вопросы

Вопрос: любая ли пассивность после психоза означает F20.4? Ответ: нет. Проверяются депрессивный синдром, остаточные шизофренические симптомы, временные критерии и другие причины.

Вопрос: исключаем ли мы депрессию, если на лице пациента не видно печали? Ответ: нет. Пациент со сниженной эмоциональной экспрессией тоже может испытывать внутреннее страдание. Необходимо выяснять его субъективный опыт.

Вопрос: применяем ли мы автоматически временное правило другой классификации при установлении F25.1? Ответ: нет. Следует опираться на используемые критерии МКБ-10 и явно указывать версию. Различия между классификациями объясняются в клиническом обучении, но не смешиваются в одном документе.

33.16. Источники

[33.1] WHO. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. F20.4 и F25.1. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[33.2] NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. CG178. https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/Recommendations



III

ЧАСТЬ

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОФИЛИ

34-ГЛАВА

Аффективно-руминативный профиль

1 34.1. Профиль не заменяет диагноз

Аффективно-руминативный профиль не является самостоятельным диагнозом МКБ-10. Это способ описания клинической картины депрессии, в которой преобладают печаль, вина и повторяющиеся негативные размышления. Код выбирается по основному синдрому, а профиль может уточнять, как следует работать с пациентом.

Руминация — это мышление, которое вращается вокруг одного и того же негативного содержания, не приближая к решению. Пациент говорит: «Я анализирую проблему», но и через несколько часов не появляется ни новой информации, ни практического решения. Напротив, усиливаются самообвинение, усталость и бездействие.

2 34.2. Содержание и процесс мышления

Два человека могут вспоминать одно событие. Первый составляет конкретный план: «Как я начну разговор в следующий раз?» Второй возвращается к общим вопросам: «Почему я всегда такой, почему у меня ничего не получается?» Первый ближе к решению проблемы, второй — к осуждению себя.

В терапии необязательно пытаться преодолеть каждую негативную мысль логическим спором. Иногда важнее спросить: «Если вы будете думать об этом еще полчаса, какой практический результат получится?» Наряду с истинностью мысли оценивается ее функция. Распознать руминацию не означает насильно устранить мысль.

3 34.3. Разграничение с ОКР и тревогой

При ОКР могут возникать непроизвольные, часто нежелательные мысли и ритуалы или мысленные действия по нейтрализации в ответ на них. Депрессивная руминация чаще вращается вокруг утраты, вины и собственной ценности. Однако содержание может пересекаться: провести различие только по слову «вина» невозможно.

Тревога часто направлена на будущую угрозу, а руминация — на негативную оценку прошлого или себя в настоящем. Это не абсолютное правило. Отдельно изучаются отношение пациента к мысли, ее длительность, попытки контролировать ее, избегание и ритуалы. У одного человека депрессия и ОКР могут сочетаться.

4 34.4. Граница психотической вины

Мысль «я обидел близких» не равнозначна твердому убеждению «из-за моей мысли вся страна потерпела катастрофу». Проверяются соответствие убеждения реальности, отношение к доказательствам, возможность его изменения и другие психотические признаки. Называть любую вину бредом без понимания культурного и религиозного контекста также неправильно.

При психотической вине, отказе от еды, выраженных психомоторных изменениях или суицидальном риске простого совета «переключите мысли на другое» недостаточно. Нужны полноценная психиатрическая оценка и соответствующее лечение. Краткое психологическое упражнение не заменяет лечение тяжелого синдрома.

5 34.5. Терапевтическое направление

В когнитивно-поведенческом подходе изучается связь между мыслями, чувствами и поведением. Методы восстановления активности могут помочь вернуть жизненный опыт и социальные связи, утраченные во время руминации. Это не приказ «не думай, займись делом»: задания подбираются с учетом сил и целей пациента. [34.1]

Например, вместо немедленного опровержения общего вывода «я плохая мать» изучают, в каких ситуациях он возникает и какие действия останавливает. Затем определяют реальный шаг, например «сегодня десять минут побыть с ребенком без телефона». Практический опыт дает новую информацию; цель не в том, чтобы заставить пациента мыслить искусственно позитивно.

Можно тренироваться замечать возвращающуюся мысль, называть ее и возвращаться к выбранному занятию. Если пациент не справляется, ему не говорят «вы недостаточно старались». Повторно оцениваются тяжесть депрессии, сон, когнитивные трудности и соответствие задания возможностям пациента.

6 34.6. Учебное упражнение и случай

Учебное упражнение: выбирают одно событие и записывают три вопроса. «Что действительно произошло?», «Какое общее суждение я об этом вынес?», «Каков следующий небольшой практический шаг?» Не нужно превращать упражнение в ритуал самопроверки, повторяя его десятки раз; его назначение определяется с терапевтом.

37-летний специалист каждый вечер вновь вспоминает свою ошибку на совещании. Считая, что «все думают, будто я некомпетентен», он перестал даже готовиться к работе. После оценки полного депрессивного синдрома, тревоги и риска в беседе составляют схему

круга руминации. Затем планируют начать самое необходимое дело с короткого отрезка времени и получить реальную обратную связь. Это обобщенный учебный пример, а не история реального пациента.

Вывод: при руминативном профиле нужно обращать внимание не только на содержание мыслей, но и на то, как они останавливают жизнь человека. Профиль направляет терапию, но не заменяет диагноз и оценку риска.

7 34.7. Поиск точки начала руминации

Руминация обычно начинается после определенного сигнала: ошибки, критики, пребывания в одиночестве, бессонницы или воспоминания. Пациента просят поэтапно описать последний такой случай. Какая мысль пришла первой, что он затем сделал, сколько времени прошло и как он в итоге себя чувствовал? Этот анализ превращает общую жалобу «много думаю» в конкретный процесс.

Некоторые пациенты считают руминацию признаком ответственности: «Если я не буду думать об этом снова и снова, то опять ошибусь». В терапии это убеждение не высмеивают. Вопрос в том, действительно ли повторное обдумывание уменьшает число ошибок или останавливает подготовку и действия. Результат проверяется вместе с пациентом.

Руминация может выполнять и краткосрочную функцию. Она может отвлекать человека от непосредственного переживания болезненных чувств или принятия практического решения. Понять это не означает обвинить пациента. Когда механизм становится виден, появляется возможность попробовать другие, менее вредные пути.

8 34.8. От абстрактного суждения к конкретной ситуации

Вопрос «почему я такой человек?» бесконечен и обобщен. Его можно преобразовать в конкретный вопрос: «Что я сказал во вчерашнем разговоре, что мог бы сказать иначе?» Конкретность не устраняет эмоциональную боль мгновенно, но открывает путь к решению.

В КПТ может быть полезно рассматривать доказательства, различать обобщения и навешивание на себя ярлыков. Например, одна ошибка превратилась в общий приговор «я совершенно некомпетентен». Терапевт не предлагает противоположное обобщение «вы замечательный»; он помогает исследовать конкретное событие, возможности и ограничения.

Некоторые мысли опираются на реальную утрату. В таких случаях цель состоит не в том, чтобы доказать их ошибочность, а в поиске способа жить с болью и действовать в соответствии с ценностями. Терапия не приукрашивает реальность, а помогает человеку приспособить свое отношение к ней.

9 34.9. Три уровня вины

На первом уровне человек испытывает соразмерное сожаление о конкретной ошибке и старается ее исправить. На втором уровне депрессивное самообвинение становится чрезмерно общим и жестким: «Я всем приношу только вред». На третьем уровне может возникнуть психотическое убеждение, не соответствующее реальности.

Эти уровни выделены для клинического обучения и не являются официальными самостоятельными кодами. Изучаются отношение пациента к своему убеждению, открытость доказательствам, культурный контекст и другие симптомы. Ошибочно как называть выраженную религиозную вину психозом без учета контекста, так и оставлять нереалистичное твердое убеждение без внимания, считая его обычными угрызениями совести.

Если ситуацию можно исправить, полезен практический шаг: извиниться, возместить ущерб, изменить правило на будущее. Однако при руминации пациент может искать облегчения, снова и снова принося одни и те же извинения. Поэтому наряду с содержанием действия анализируется его функция.

10 34.10. Безопасные границы терапевтического упражнения

Необязательно предлагать каждому пациенту одинаковую запись мыслей. Одному человеку письмо помогает упорядочить переживания; у другого анализ продолжается бесконечно и руминация усиливается. Терапевт согласовывает длительность, цель и точку завершения упражнения. Его результат связывается с действиями в жизни пациента.

Например, краткая запись из трех столбцов: «Ситуация», «Мой вывод», «Шаг, который нужно проверить или выполнить». Это авторский учебный образец, а не официальный протокол или обязательное задание для всех пациентов. При психотической мысли или высоком суицидальном риске такое упражнение не заменяет основное лечение.

Требование насильно остановить мысль может приводить некоторых пациентов к еще более усиленному самоконтролю. Поэтому более полезным может быть направление не «эта мысль не должна появляться», а «как я отвечу, когда мысль появится?». Метод выбирается с учетом клинического состояния и готовности пациента.

11 34.11. Случай: невозможность простить себя и самонаказание

45-летний пациент вновь и вновь вспоминает, как резко разговаривал с отцом перед его смертью. Сделав вывод «я плохой сын», он сократил общение с близкими. В беседе отдельно оцениваются горе, депрессивный синдром, травматический опыт и риск. Наличие утраты не исключает полноценную депрессию.

В терапии разграничивают реальную сторону события и тотальное осуждение себя. Пациент рассматривает, что отношения с отцом не сводились только к последней ссоре. Это не утешение «вы не совершили никакой ошибки», а взгляд на отношения в более широком контексте.

Затем может быть выбрано действие, соответствующее ценностям пациента: поделиться воспоминаниями с семьей, заботиться о близких или провести значимый ритуал. Такое действие не отменяет утрату, но восстанавливает возможность жить за пределами руминации. При психотической вине или суицидальном намерении интенсивность лечения будет иной.

12 34.12. Как мы оцениваем результат?

Уменьшение руминации измеряется не только полным исчезновением негативных мыслей. Отслеживаются время, потраченное на мысль, способность от нее отвлечься, возвращение к работе и отношениям, уменьшение самонаказания и улучшение функционирования. Пациент может оставаться печальным, но то, что его жизнь уже не останавливается, как раньше, является значимым результатом.

Если настроение не улучшается, повторно проверяют, достаточна ли работа с руминацией, насколько тяжела основная депрессия, как обстоят дела со сном и внешним стрессом. Обнаружение одного механизма не означает, что мы объяснили всю болезнь. Клиническая формулировка обновляется по мере появления новых данных.

Практический вывод главы: вместо того чтобы считать руминацию «склонностью много думать», следует определить ее начало, функцию и последствия. Это открывает путь к действиям и возвращению к жизни, не наказывая пациента за его мышление.

13 34.13. Границы доказательности терапии, направленной на руминацию

Существуют исследования КПТ, специально направленной на руминацию. В рандомизированном исследовании II фазы Watkins и коллег изучался такой подход при остаточной депрессии. Это дает основания рассматривать руминацию как терапевтическую мишень, однако одно исследование не доказывает превосходства одного метода при всех случаях депрессии или гарантированного выздоровления. [34.2]

В клинической практике выбор специального метода зависит от подготовки терапевта, синдрома пациента, его пожеланий и доступной помощи. Нельзя делать вывод, что каждому пациенту с выраженной руминацией нужен только этот метод. Основная депрессия, ОКР, психоз или травматические симптомы могут требовать и другой помощи.

Краткие упражнения в книге являются учебными примерами. Они не заменяют полный терапевтический протокол, подготовку специалиста или индивидуальное клиническое решение. Если упражнение ухудшает состояние пациента, нужно исследовать причину, а не принуждать его продолжать.

14 34.14. Как терапевту самому не усиливать руминацию

Бесконечный повторный анализ одного события во время сеанса может временно дать пациенту ощущение, что его услышали, но, если он не ведет к действию, может поддерживать руминацию. Терапевт время от времени уточняет цель беседы: находим ли мы новый смысл, решаем ли проблему или возвращаемся в один и тот же круг?

Это не означает останавливать пациента словами «вы уже достаточно поговорили». Необходимо отличать предоставление пространства чувствам от бесполезного повторения. Вопрос «я понимаю, что это событие тяжело для вас; что дает вам его повторное воспоминание сейчас?» помогает увидеть процесс, сохраняя сочувствие.

В конце сеанса можно выделить одно понимание и один реальный шаг. Задание пациента не всегда должно предполагать активное действие; иногда важнее позволить себе отдохнуть, попросить о помощи или следовать плану безопасности. Цель — не превратить руминацию в новый ритуал «идеального прохождения терапии».

15 34.15. Учебные вопросы

Вопрос: означает ли наличие негативной мысли руминацию? Ответ: нет. Оцениваются ее повторяемость, способность привести к решению и влияние на функционирование. Краткий анализ реальной проблемы может быть полезным.

Вопрос: нужно ли просто заменить руминацию позитивной мыслью? Ответ: нет. Важна работа над конкретностью, реальными доказательствами, действиями и отношением к мысли. Искусственное утешение может обесценивать опыт пациента.

Вопрос: достаточно ли обычного письменного упражнения при психотической вине? Ответ: нет. Психоз, тяжелая депрессия и риск требуют полноценной психиатрической оценки. Психологическое упражнение не заменяет основное лечение.

34.16. Источник

[34.1] NICE. NG222. Принципы выбора КПТ и поведенческой активации при депрессии. Упражнения в этой главе являются авторскими учебными примерами, а не протоколом, скопированным из источника. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

[34.2] Watkins ER и соавторы. Rumination-focused cognitive-behavioural therapy for residual depression: phase II randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry. 2011. PubMed PMID: 21778171. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21778171/

35-ГЛАВА

Ангедонически-апатический профиль

1 35.1. Удовольствие, желание и инициатива — не одно и то же

Фраза «я ничего не хочу» может выражать несколько разных переживаний. Пациенту трудно начать деятельность, но после ее начала он получает удовольствие. Другой пациент действует, однако не ощущает прежнего удовлетворения. Третий не начинает действовать и не получает удовольствия от результата. Выявление этих различий является важной частью клинической беседы.

Ангедония — снижение интереса или удовольствия. При апатии может преобладать снижение целенаправленной активности и инициативы. Аволиция обозначает трудности начала и продолжения целенаправленных действий. Эти термины взаимосвязаны, но не являются синонимами. «Ангедонически-апатический профиль» не является самостоятельным кодом МКБ; необходимо определить основное расстройство.

2 35.2. Какие вопросы полезны?

На вопрос «от чего вы получаете удовольствие?» пациент может ответить «ни от чего». Необходимо уточнить: «Что вам нравилось раньше?», «Если вы начнете это делать, что чувствуете в процессе?», «Что мешает начать?», «Усталость, ощущение бессмысленности или страх?»

Различают также ожидаемое удовольствие и удовольствие во время события. Перед прогулкой пациент может думать «все равно бесполезно», однако во время нее ощущать некоторое облегчение. Это не означает, что его жалоба ложна. Напротив, разница между ожиданием и опытом дает информацию для терапевтической работы.

Недостаточно спрашивать только о развлечениях. Изучаются также семейная близость, профессиональное удовлетворение, вкусовые ощущения, музыка, физическая активность и небольшие повседневные успехи. Учитываются культура и личные ценности пациента.

3 35.3. Дифференциальная оценка

Помимо депрессии рассматриваются неврологическое заболевание, расстройства шизофренического спектра, лекарственная седация, влияние веществ, хроническая боль, нарушения сна и физическая слабость. Отсутствие социальных возможностей также ограничивает активность: интерес у человека может сохраняться, но у него нет денег, транспорта или безопасного места.

Отсутствие печали не исключает депрессию, поскольку у некоторых пациентов ведущей является ангедония. Однако снижение удовольствия само по себе не доказывает депрессию. Проверяются совокупность симптомов, длительность, функционирование, медицинский анамнез и периоды повышенного настроения.

По обычной беседе нельзя сделать вывод «это из-за недостатка дофамина». Нейробиологические механизмы сложны; приравнивание одного симптома к одному нейромедиатору не является методом точной диагностики или выбора препарата. Простое объяснение пациенту не должно скрывать научную неопределенность.

4 35.4. Как начать восстановление активности?

При поведенческой активации изучается связь деятельности и настроения в жизни пациента. Цель не в том, чтобы «заставить себя радоваться», а в изменении круга избегания и бездействия с помощью посильных шагов. При депрессии это один из психологических методов с доказательной базой, но не единственный или гарантированный метод для каждого пациента. [35.1]

Первое задание может быть совсем небольшим: открыть шторы, умыться, выйти на улицу на пять минут или написать человеку, которому пациент доверяет. Выполнение задания не обязательно сразу приносит удовольствие. Поначалу результат оценивается по выполнению действия, восстановлению распорядка дня и уменьшению отстранения.

Выбираются не только приятные занятия, но и дела, соответствующие ценностям и дающие ощущение компетентности. Например, короткий разговор с ребенком, уход за растением или приведение в порядок одного документа. Начинают с учетом нынешних сил и медицинских ограничений пациента, а не его прежних возможностей.

5 35.5. Почему план может не работать?

Задание может оказаться слишком большим, цель — чуждой пациенту, боль — неконтролируемой, а сон — серьезно нарушенным. Иногда из-за выраженной психомоторной заторможенности, недостаточного питания или психоза обычной активации недостаточно. В таком случае пересматривается интенсивность лечения.

Толкование невыполненного задания как слабости воли разрушает терапевтический контакт. Вопрос «на каком этапе вы остановились?» полезнее, чем «почему вы опять не сделали?». План упрощают, создают поддерживающие условия или повторно оценивают диагноз и лечение.

6 35.6. Учебный случай и критерии результата

40-летняя женщина обратилась со словами «я ничего не чувствую». Раньше она любила музыку и садоводство, а теперь даже начинать эти занятия кажется бессмысленным. После полной клинической оценки с ней договорились несколько раз в неделю ухаживать за одним растением. На следующей беседе обсуждали не только настроение, но и трудности начала, чувства в процессе и самооценку.

У другого пациента удовольствие сохранено, однако способность начинать действия резко снизилась и недавно появились неврологические изменения. Направление обследования у него будет иным. Одинаковая жалоба «нет желания» может привести к двум разным клиническим маршрутам.

Результат не ограничивается одним числом по шкале. Отдельно отслеживаются уход за собой, социальные контакты, работа или учеба, начало деятельности и чувство удовольствия. Вывод: различение инициативы и удовольствия помогает не обвинять пациента и уточняет помощь.

7 35.7. Оценка ангедонии по сферам жизни

Пациент утратил интерес только к работе или удовольствие снизилось почти во всех сферах? Можно отдельно спросить о социальных отношениях, еде, музыке, сексуальной жизни, физической и интеллектуальной активности. Вопросы задаются с учетом возраста, культуры и личных границ пациента.

Потеря интереса в одной сфере может быть связана с реальным конфликтом или усталостью. Например, отсутствие желания работать после столкновения с насилием на работе не тождественно ангедонии во всех сферах жизни. Однако это состояние может перерасти в депрессию; оцениваются распространенность синдрома и его динамика во времени.

Если пациент говорит «я ни от чего не получаю удовольствия», можно попросить примеры, не отвергая его слова. Иногда он не учитывает небольшое облегчение, поскольку ожидает сильного удовольствия. В другом случае действительно утрачено почти всякое удовлетворение. Это различие делает терапевтическую цель реалистичной.

8 35.8. Пересечение апатии и депрессии

При апатии могут снижаться инициатива, интерес и целенаправленная активность, однако печаль или самообвинение не всегда являются ведущими. При депрессии снижение активности может быть связано с безнадежностью, чувством никчемности и ангедонией. Когда они одновременно встречаются у одного пациента, разграничение становится еще сложнее.

При неврологическом заболевании близкие могут говорить: «Сам не начинает, но участвует, если мы позовем». Изучаются чувства пациента во время деятельности, препятствие к ее началу и когнитивные возможности. Эти сведения не дают автоматического диагноза, но помогают понять, какой механизм преобладает.

Неправильно называть любую апатию безволием. В то же время неверно связывать любое бездействие с заболеванием мозга. Учитываются также социальная среда, боль, седация, сон и подлинные желания человека. Клиническая оценка избегает односторонних объяснений.

9 35.9. Удовольствие и компетентность в плане активности

При планировании активности полезно различать задания, дающие удовольствие, и задания, вызывающие чувство «я смог». При тяжелой депрессии удовольствие может возвращаться не сразу, однако выполнение небольшой задачи может восстановить ощущение контроля и эффективности. Это чувство становится основой для последующих действий.

Например, договариваются помыть два предмета посуды вместо всей посуды или привести в порядок часть стола вместо уборки всей комнаты. Это не попытка отвлечь пациента детским заданием, а подбор нагрузки в соответствии с нынешними ресурсами. Если задача слишком легкая или бессмысленная, ее меняют вместе с пациентом.

План не должен состоять только из домашних дел. Социальная близость, личные ценности и отдых также важны. Некоторые пациенты лишились удовольствия, поскольку полностью погружены в обязанности; давать им еще больше работы неправильно. Клиническая формулировка показывает, какой деятельности не хватает.

10 35.10. Ждать мотивации или начать действовать

Пациент может ждать со словами «начну, когда появится желание». При депрессии желание иногда возникает не до действия, а после небольшого действия. Это правило не дает гарантии для каждого человека, но его можно проверить в качестве терапевтического эксперимента.

В эксперименте сравниваются предварительное ожидание и последующие чувства. Пациент мог ожидать, что «прогулка будет совершенно бесполезной», а затем почувствовать небольшое облегчение. Возможно и отсутствие облегчения; это тоже информация. Пересматриваются время задания, его длительность, сопровождающий человек и физическое состояние пациента.

Этот подход не означает, что «если заставить себя, болезнь пройдет». При тяжелой депрессии наряду с психологическими методами может потребоваться другое медицинское лечение. План активности адаптируется к клинической тяжести и не используется для преуменьшения потребности пациента в помощи.

11 35.11. Лекарства и эмоциональное онемение

Во время лечения некоторые пациенты могут говорить: «Печали стало меньше, но и радости нет». Это может быть связано с остаточной депрессией, действием препарата, седацией или другими факторами. Изучаются временная связь, изменение дозы и другие симптомы. По одной жалобе не устанавливают точную причину.

Пациенту не рекомендуют самостоятельно отменять препарат. Ответственный врач обсуждает эффективность, побочные эффекты, риск рецидива и возможные изменения. Категоричные выводы «от этого лекарства у всех так» или «это только болезнь» могут привести к потере индивидуальной информации.

В процессе лечения выясняют, какие результаты важны самому пациенту. Он может хотеть не только перестать плакать, но и восстановить эмоциональную связь с близкими, удовольствие от музыки или интерес к работе. Включение этих целей в план связывает качество лечения с жизнью пациента.

12 35.12. Разъяснение семье и практическая помощь

Близкие часто говорят: «Неужели нельзя немного постараться?» Им объясняют, что ангедония и аволиция не являются обычной ленью. Однако это не означает, что пациента нужно помещать в полностью пассивную роль. Помощь может заключаться не в постоянном выполнении действий за него, а в создании подходящих условий для их начала.

Например, может быть полезно вместе выйти на короткую прогулку, разбить задание на небольшие части или подготовить необходимые вещи. Вместо критики и сравнений признают выполненный согласованный шаг. Однако семья не должна превращаться в систему контроля пациента или оценки каждого его действия.

Согласие и пожелания пациента остаются в центре внимания. Принудительное навязывание неприятной ему деятельности со словами «это вам полезно» может еще больше снизить мотивацию. План приобретает смысл, когда соответствует ценностям и клиниче-

ским возможностям пациента.

13 35.13. Сравнительный пример для учебного вывода

У первого пациента есть жалоба «нет сил», выраженная печаль, вина и распространенная ангедония. У второго нет печали, но после неврологического заболевания снизилась инициатива. У третьего после изменения препарата появилась дневная сонливость. У четвертого желание сохранено, однако боль и отсутствие транспорта ограничивают деятельность.

Если назвать всех четырех пациентов одинаково «апатичными», лечение может пойти по неверному пути. Для каждого определяются ведущий механизм, сопутствующий синдром и практическое препятствие. Поэтому ангедонически-апатический профиль должен быть средством углубления клинической беседы, а не сокращения диагностики.

14 35.14. Применение апатии как научного понятия

В работах международного консенсуса по апатии внимание уделяется изменениям целенаправленной деятельности, инициативы, интереса и эмоционального отклика. Это помогает отличать апатию от обычной «лени». Однако критерии, разработанные для нейрокогнитивных расстройств или заболеваний головного мозга, нельзя механически переносить на всех пациентов с депрессией. [35.3]

Клиническая ценность этого понятия состоит в том, что врач пытается определить механизм, стоящий за внешней пассивностью. У пациента есть желание, но он не может организовать действие? Нет удовольствия от деятельности? Снижен эмоциональный отклик? Ответы на эти вопросы уточняют цель лечения.

Отдельное выделение апатии не должно приводить к утрате основного диагноза. Депрессия, неврологическое заболевание, психоз или действие препарата оцениваются по собственным критериям. Один профиль не описывает все клиническое состояние.

15 35.15. Правильное понимание доказательств поведенческой активации

Кокрейновский обзор поведенческой активации оценивает ее как психологический метод, изучавшийся при депрессии. Уровень уверенности различается в зависимости от метода сравнения, качества исследований и времени оценки результата. Поэтому лозунги «непременно эффективнее КПТ» или «достаточна без лекарств для всех пациентов» не соответствуют научным выводам. [35.2]

В практике значение активации заключается в изменении избегания и уменьшения подкрепления в жизни пациента с помощью конкретных, управляемых шагов. Однако при выраженном психозе, кататонии, высоком суицидальном риске или соматической нестабильности обычный план заданий не заменяет основную медицинскую помощь.

При использовании метода важно не количество заданий, а их смысл и выполнение. Получить информацию от одного подходящего задания может быть полезнее, чем дать пациенту десять заданий, ни одно из которых не будет выполнено. Терапевт проверяет план в условиях реальной жизни пациента.

16 35.16. Учебные вопросы и связь между главами

Вопрос: ангедония и апатия — одно и то же? Ответ: нет. Снижение удовольствия и интереса может пересекаться со снижением инициативы и целенаправленных действий, но это не одинаковые переживания.

Вопрос: если после начала деятельности пациент получает немного удовольствия, означает ли это отсутствие депрессии? Ответ: нет. Различие между ожидаемым удовольствием и удовольствием в процессе дает информацию для терапии, но само по себе не отменяет диагноз.

Вопрос: если пациент не выполняет задание, нужно ли требовать еще строже? Ответ: сначала изучаем препятствие. Проверяются сложность задания, боль, сон, когнитивные возможности, внешние условия и тяжесть синдрома.

Этот профиль может сочетаться с руминацией, описанной в главе 34: пациент не действует, затем обвиняет себя, а вина снова останавливает действия. В таком случае помощь, направленная на мысли и поведение, объединяется. Клинический профиль — не жесткая категория, а средство лучше понять пациента.

35.17. Источники

[35.1] NICE. NG222. Поведенческая активация и индивидуальный выбор лечения. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

[35.2] Cochrane. Behavioural activation therapy for depression in adults. CD013305. Выводы об эффективности зависят от лечения сравнения и надежности доказательств. https://www.cochrane.org/evidence/CD013305_behavioural-activation-therapy-depression-adults

[35.3] Robert P и соавторы. Is it time to revise the diagnostic criteria for apathy in brain disorders? The 2018 international consensus group. European Psychiatry. 2018. PubMed PMID: 30125783. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30125783/

36-ГЛАВА

Тревожный и ажитированный профиль

Когда при депрессии преобладает тревога, пациент может говорить не столько «мне грустно», сколько «не могу успокоиться», «случится что-то плохое», «ночью мозг не останавливается». Ажитация подразумевает не только внутреннее напряжение, но и двигательное беспокойство. Эти признаки описывают клиническую картину, но не определяют автоматически самостоятельный диагноз МКБ-10. За одинаковым внешним беспокойством могут стоять депрессия, тревожное расстройство, акатизия, смешанное аффективное состояние, влияние веществ или медицинская проблема.

1 Преобразование тревоги в конкретную клиническую информацию

Сначала выясняют содержание тревоги. Ожидает ли пациент будущей опасности, вновь и вновь обдумывает прошлую ошибку, трактует телесный симптом как тяжелую болезнь или избегает определенной ситуации? Первое может быть ближе к тревоге, второе — к депрессивной руминации; они могут сочетаться. Фиксируют, когда мысль усиливается, можно ли ее остановить и как она влияет на жизнь.

Важна и степень убежденности в словах «я все потеряю». Говорит ли пациент об этом как о возможности или считает абсолютной истиной вопреки доказательствам? Во втором случае проверяют вероятность психотической вины или бреда обнищания. Ошибочно как называть тревожную мысль бредом только по ее содержанию, так и оставлять бред без внимания, считая его обычной тревогой.

Отдельно описываются телесные признаки: сердцебиение, дрожь, мышечное напряжение, тошнота, ощущение нехватки воздуха. Сами по себе они недостаточны для психиатрического диагноза. При появлении новой боли в груди, обморока, лихорадки или неврологического признака медицинская оценка не подменяется психологическим объяснением.

2 Наблюдение за ажитацией

Собственный рассказ пациента и движения, наблюдаемые при осмотре, записываются раздельно. Запись «сообщает о внутреннем беспокойстве, во время приема несколько раз вставал» содержательнее, чем «ажитация +++». Можно отметить потирание рук, хожде-

ние взад-вперед, одергивание одежды, неспособность сидеть на одном месте. Без контекста это не диагноз.

При бессоннице пациент хочет спать и не может заснуть, несмотря на усталость, или спит мало, но остается необычно бодрым? Это различие помогает проверить биполярное течение. Нельзя делать вывод о смешанном состоянии только по раздражительности и бессоннице. Совместно оцениваются повышенное или необычно экспансивное настроение, темп речи и мышления, активность, импульсивные решения и предыдущие эпизоды.

3 Отличие от акатизии

При акатизии могут наблюдаться внутренняя потребность двигаться, невыносимость пребывания на одном месте и кратковременное облегчение при движении. Изучается временная связь с началом приема лекарства, изменением дозы или заменой препарата. Особенно у пациента, принимающего антипсихотик, ошибочная оценка беспокойства как усиления болезни может привести к необоснованному усилению лечения. Рекомендуется оценивать акатизию по субъективным и объективным признакам. [36.1]

Акатизия и депрессия могут присутствовать у одного пациента одновременно. Поэтому обнаружение побочного эффекта лекарства не означает, что установлена причина всех психических симптомов. Выясняют все принимаемые препараты, включая безрецептурные средства, кофеин и вещества. Не рекомендуется самостоятельно резко отменять лекарство; план изменений определяется клиническим риском и особенностями препарата.

4 Практический порядок дифференциальной оценки

1. Оценка безопасности и медицинского состояния: сознание, ориентировка, жизненные показатели и резкие изменения.

2. Восстановление временной последовательности беспокойства: до депрессии, одновременно с ней или после начала приема лекарства?

3. Разграничение потребности двигаться и тревожной мысли; сопоставление наблюдения с рассказом пациента.

4. Проверка анамнеза мании или гипомании, психоза, употребления веществ и состояния отмены.

5. Отдельное отражение основного расстройства, сопутствующего симптома и вероятного побочного эффекта в клиническом заключении.

Этот порядок не является валидированной шкалой; это рабочий подход к организации клинической беседы. Необходимые обследования выбираются с учетом возраста, анамнеза и осмотра; одинаковый набор лабораторных анализов не обязателен для всех пациентов.

5 Приоритеты лечения

Определяется, присоединилась ли тревога к депрессивному эпизоду или представляет собой самостоятельное тревожное расстройство. NICE не применяет одинаковый порядок к тревожным симптомам при депрессии и к сочетанию отдельного тревожного расстройства с депрессией. Приоритет лечения зависит от клинической картины. [36.2]

При выраженной ажитации сам прием должен проходить спокойно, кратко и понятно. Вместо обвинения «возьмите себя в руки» признают страдание и объясняют следующий безопасный шаг. Оцениваются сон, питание, помощь близких и возможность наблюдения. При психозе, риске самоповреждения или неспособности ухаживать за собой требуется оперативная помощь специалиста. Меньшее количество депрессивных симптомов не означает отсутствия риска.

В психотерапии можно работать с тревожными прогнозами, руминацией, избеганием и повседневной деятельностью. При выраженной ажитации вместо долгих теоретических обсуждений выбирают короткие, выполнимые шаги. Выбор лекарства основывается не на логике «есть тревога, значит не хватает определенного медиатора», а на диагнозе, предыдущем ответе, побочных эффектах и взаимодействиях.

6 Условные клинические случаи

Пациент А на фоне двухмесячной ангедонии и подавленности ежедневно тревожится о будущем детей. Он не ощущает вынужденной потребности двигаться, прием лекарств не начат. Беседа направлена на уточнение тяжести депрессии, содержания тревоги и ее влияния на функционирование. F41.2 не устанавливается только потому, что присутствуют две группы симптомов.

Пациент Б через несколько дней после начала приема нового препарата говорит: «Хочется выскочить из своего тела, не могу сидеть». На приеме он ходит, движение ненадолго облегчает состояние. При такой картине приоритетны целенаправленная оценка акатизии и оперативный пересмотр лекарственного плана. Из этого случая не выводится правило изменения конкретного препарата или дозы.

Пациент В наряду с подавленностью мало спит ночью, но днем не устает, начинает необычно много проектов и тратит деньги. Это не равнозначно обычной бессоннице. Биполярное течение и смешанная аффективная картина оцениваются специалистом; не сле-

дует спешить лишь повышать дозу антидепрессанта.

7 Временное соотношение тревоги и депрессии

В клиническом интервью помимо вопроса «какой симптом выражен сильнее?» важен вопрос «что началось раньше?». У пациента, который много лет тревожился по широкому кругу тем, позднее может возникнуть депрессивный эпизод. У другого тревога усиливается только во время депрессии и почти исчезает в ремиссии. В третьем случае избегание и утрата трудоспособности после панических атак способствуют подавленности. Эти различия нужны для отражения основных и сопутствующих расстройств и упорядочения целей лечения.

F41.2 нельзя использовать в значении «есть и тревога, и депрессия». В МКБ-10 эта рубрика относится к случаям, когда присутствуют обе группы симптомов, но ни одна не преобладает и не выражена настолько, чтобы установить отдельный диагноз. Если выполнены критерии полного депрессивного эпизода или отдельного тревожного расстройства, кодирование пересматривается в соответствии с этими критериями. Выбор рубрики служит точному отражению клинической картины, а не преуменьшению страдания пациента. [36.3]

8 Разграничение паники, руминации и обсессии

При панической атаке сильный страх и телесные симптомы могут нарастать за короткое время. Депрессивная руминация часто вращается вокруг прошлого, самообвинения и анализа без решения. При обсессии возникают повторяющиеся нежелательные мысли, образы или импульсы, и пациент может прибегать к ритуалам или избеганию для их нейтрализации. Не исключено сочетание нескольких таких явлений у одного пациента. Общая запись «плохие мысли» стирает эти различия.

Например, повторяющаяся мысль «я плохая мать» может быть депрессивным самообвинением. Нежелательная, вызывающая ужас мысль «вдруг я случайно причиню вред ребенку?» и постоянные проверки для предотвращения этого могут указывать на обсессивный процесс. Однако в каждом случае отдельно выясняются намерение, степень убежденности, контроль и риск. Пугающая тема мысли не равна автоматически вероятности ее осуществления; вместе с тем она не является основанием отказаться от оценки безопасности.

9 Организация приема в посильной для пациента форме

При сильном беспокойстве пациенту может быть трудно отвечать на длинный вопрос. Врач задает по одному вопросу, кратко подводит итог, проверяя свое понимание, и открыто сообщает следующий шаг. Выбор спокойного помещения, уменьшение лишнего шума и возможность для пациента безопасно встать облегчают прием. Это не заменяет специального лечения, но улучшает получение информации и сотрудничество.

Участие близкого человека необходимо согласовать с пациентом. Близкие могут предоставить важную информацию о временной последовательности и лекарствах, но не должны отвечать на все вопросы вместо пациента. Вместо оценки «он всегда такой» просят конкретные наблюдения: «С какого времени он не спит?», «В какой день начал постоянно ходить?», «Какое лекарство изменилось?» Одновременно учитываются конфиденциальность и необходимые меры безопасности.

10 Содержание плана безопасности

Наблюдение ажитации не позволяет автоматически установить или исключить суицидальный риск. Мысли о смерти, намерение, план, доступ к средствам, предыдущие попытки, вещества, психоз и социальная поддержка обсуждаются прямо и без осуждения. Результат шкалы не заменяет клиническую оценку. Вместо того чтобы оставить пациента без наблюдения с ярлыком «низкий риск», записывают текущие потребности и изменения, при которых необходима быстрая помощь.

Совместный план может включать личные признаки ухудшения состояния, безопасные шаги, доступные пациенту, близких, которым он доверяет, и способ обращения за местной неотложной помощью. Это не то же самое, что договоренность «пообещайте, что не причините себе вреда». Если пациент не может обеспечить собственную безопасность, выбирают оперативную помощь специалиста и подходящие медицинские условия. План безопасности дополняет лечение и наблюдение.

11 Четыре отдельных направления динамического наблюдения

Первое направление — настроение, интерес и безнадежность. Второе — изменения тревожных мыслей и избегания. Третье — двигательное беспокойство и вероятные побочные эффекты. Четвертое — повседневное функционирование: сон, питание, работа, уход за детьми и социальное общение. Они могут улучшаться с разной скоростью. Например, если сон улучшился, но внутреннее беспокойство усилилось, нельзя расценивать это как «в целом становится лучше».

В начальный период после назначения антидепрессанта важно отслеживать появление или усиление ажитации, акатизии, бессонницы, суицидальных мыслей и признаков аффективного подъема. Интервал наблюдения определяется возрастом, риском и клиническими потребностями. Пациенту ясно объясняют, какие симптомы обсуждаются при обычном наблюдении, а какие требуют оперативной повторной оценки. Оценка действия препарата не сводится к вопросу «помогло ли?».

12 Расширенный случай: пересмотр первоначального заключения

38-летний пациент лечится по поводу подавленности и бессонницы. Близкие описывают его непрерывное хождение после приема как «нервы опять усилились». Прежде чем повышать дозу лекарства, врач вновь восстанавливает временную последовательность. Выясняется, что невыносимое внутреннее беспокойство началось после изменения дозы, а тема тревоги осталась прежней. Пациент говорит: «Не мысли, а тело заставляет меня ходить». При осмотре оценивают вероятность акатизии, пересматривают лекарственный план и выясняют вопросы безопасности.

Урок случая не в том, что «любая ажитация вызвана лекарством». Он в том, что прежний диагноз может не объяснять новый симптом. Сохраняется вероятность сочетания остаточной депрессии и побочного эффекта. В клинической записи четко указывается, какие данные изменили заключение и что будет проверяться при последующем наблюдении.

13 Практическое упражнение: три разных вопроса к одной жалобе

Услышав жалобу «не могу успокоиться», первым можно задать вопрос «о чем вы тревожитесь?». Если пациент сообщает о конкретных катастрофических прогнозах, неконтролируемых мыслях о семье или здоровье, когнитивную тревогу оценивают глубже. Вторым может быть вопрос «что происходит в теле, если вы не двигаетесь?». Если в ответе описаны невыносимая внутренняя потребность двигаться и облегчение при ходьбе, важно проверить акатизию. Третьим может быть вопрос «вы устаете после того, как не спали?». Необычная бодрость и повышение активности указывают на возможность аффективного подъема.

Эти три вопроса не устанавливают диагноз; они упорядочивают клинический путь. После каждого ответа уточняются время, лекарства, вещества, соматическое состояние и функционирование. У одного пациента несколько ответов могут оказаться положительными. Врач не выбирает одно «самое удобное» объяснение, стирая остальные, а определяет, какой фактор сейчас приносит больше риска и страдания.

Вторая ситуация для анализа: тревога пациента усиливается ночью, поскольку днем его отвлекают дела. В этом случае изучаются вечерняя руминация, привычки перед сном и цикл избегания на следующий день. Прежде чем просто подавлять бессонницу седатив-

ным средством, оцениваются основная депрессия, тревога и ритм сна. Даже если лекарство необходимо, немедикаментозные факторы не остаются без внимания.

Третья ситуация: вместе с новым беспокойством у пациента есть лихорадка, изменение сознания или выраженные вегетативные признаки. Нельзя принимать это за обычную «нервозность» и переходить к долгой психотерапевтической беседе. На первый план выходит медицинская неотложность. Следует помнить, что ажитация не является признаком, специфичным только для психиатрии, и встречается также при общемедицинских состояниях.

Заключительный вопрос упражнения: какие данные в вашем клиническом заключении достоверны, какие предположительны и каких сведений не хватает? Разделение ответа на эти три части предохраняет от избыточной определенности. На следующем приеме восполняют именно недостающие сведения и меняют план. Это не слабость рабочего диагноза, а признак динамичного клинического мышления.

14 Контрольные вопросы и вывод

Какие признаки заставляют предположить акатизию? Чем отличается бессонница от снижения потребности во сне? Почему тревожная депрессия не означает автоматически F41.2? В ответе необходимо разграничить симптом, основной диагноз и побочный эффект. В конце приема фиксируются риск, рабочий диагноз, сведения, требующие уточнения, и срок наблюдения.

Источники

[36.1] Pringsheim T и соавторы. The Assessment and Treatment of Antipsychotic-Induced Akathisia. Canadian Journal of Psychiatry. 2018;63:719–729. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29685069/

[36.2] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

[36.3] WHO. ICD-10 Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F41.2. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

37-ГЛАВА

Профиль с преобладанием боли и соматических жалоб

Не каждый пациент, обращающийся по поводу депрессии, ставит на первое место сниженное настроение. Некоторые говорят об утомляемости, головной боли или боли в пояснице, сердцебиении, пищеварительном дискомфорте и нарушениях сна. Задача врача не в том, чтобы отмахнуться от телесных жалоб словами «это всё от нервов», и не в том, чтобы ограничиться анализами, не оценив психическое состояние. Физические и психические проблемы могут существовать одновременно.

1 Сама боль и переживание боли

Уточняют локализацию, длительность и начало боли, усиливающие и облегчающие её факторы, влияние на сон и движение. Описание пациента не заменяет объективного обследования, но является важнейшей частью понимания боли. Недостаточно оценить только интенсивность боли: необходимо также выяснить, что пациент больше не может делать, чего он боится и насколько сузилась его жизнь.

Нормальные результаты анализов или визуализирующих исследований не означают отсутствия боли. В то же время прежнее нормальное обследование не даёт оснований игнорировать новый опасный признак. При внезапном новом неврологическом дефиците, изменении сознания, лихорадке, быстром ухудшении или другом тревожном клиническом признаке выбирают соответствующий путь оказания медицинской помощи. Объём обследования определяется жалобами и результатами осмотра.

2 Когда нужно искать депрессию

Наряду с телесными жалобами выясняют наличие снижения интереса и удовольствия, безнадёжности, чувства вины, снижения самооценки и устойчивой подавленности. Сон, энергия и аппетит могут нарушаться из-за самой боли; их нарушения не доказывают автоматически наличие депрессивного эпизода. Даже если симптомы взаимосвязаны, каждый оценивают с учётом его содержания и временной динамики.

Например, сообщение пациента о том, что даже в день без боли он не получает удовольствия от прежде любимого занятия, побуждает глубже проверить вероятность депрессии. Другой пациент может избегать движения из страха новой травмы; такое снижение

активности не тождественно ангедонии. У третьего пациента седативный препарат способствует дневной сонливости и снижению внимания.

Связь депрессии и хронической боли не является односторонней. Нарушения сна, снижение активности, социальная изоляция и тревога могут поддерживать страдание. Однако это не доказывает психологическое происхождение боли у каждого пациента. NIMH отмечает совместную встречаемость хронической боли и депрессии. [37.1]

3 Границы термина «маскированная депрессия»

Термин «маскированная депрессия» исторически использовался для описания состояний с преобладанием телесных жалоб и малой представленностью эмоциональных трудностей в рассказе пациента. Этот термин не должен заменять точный диагноз. Неверно относить любую необъяснённую боль к депрессии, а любую депрессию к F32.8. Если выполнены критерии депрессивного эпизода, его кодируют в соответствии с тяжестью и течением; другие расстройства исследуют отдельно.

«Соматический синдром» также не означает любую боль в теле. При депрессии в МКБ-10 он обозначает определённую совокупность признаков; его содержание раскрывается в главе 39, посвящённой меланхолическим признакам. Наличие боли в пояснице само по себе не обосновывает дополнительный код F32.01.

4 Важный момент в общении

Ответ «Анализы у вас хорошие, значит, ничего нет» усиливает у пациента чувство, что его отвергают. Более точное объяснение: «При обследовании пока не выявлена такая-то опасная причина. Мы составим общий план лечения боли и её влияния на сон, настроение и повседневную активность». Эту формулировку адаптируют к имеющимся медицинским данным; она не даёт гарантии отсутствия невыявленного заболевания.

Пациенту объясняют, что предложение психологической помощи не означает признания боли вымышленной. При работе с семьёй также избегают ярлыка «он просто требует внимания». Если из-за боли изменились работа, доход или роль в семье, эти потери обсуждают отдельно.

5 Объединение оценки и лечения

NICE рекомендует при хронической боли ориентированную на человека оценку и обсуждение связи боли с жизненными обстоятельствами. Различают хроническую первичную боль и вторичную боль, связанную с определённым заболеванием; они могут присутствовать одновременно. [37.2]

План разделяют на несколько целей: уменьшить влияние боли, улучшить сон, восстановить безопасную активность, лечить депрессию при её наличии и контролировать соматическое заболевание. Результат по каждой цели отслеживают отдельно. Даже без изменения балла боли пациент может частично вернуться к работе или больше участвовать в семейной жизни.

В психотерапии можно работать со страхом, связанным с болью, избеганием и циклом чрезмерного напряжения с последующим полным прекращением активности. План активности адаптируют к медицинскому состоянию и возможностям пациента. Его не объясняют как «обязательные упражнения вопреки боли». Проверяют взаимодействия обезболивающих препаратов с антидепрессантами, седацию и другие риски.

Некоторые антидепрессанты могут применяться при боли и без депрессии; их эффективность не доказывает, что «у вас была скрытая депрессия». NICE рекомендует объяснять пациенту цель назначения таких препаратов при хронической первичной боли. [37.2] Конкретный препарат и дозу выбирают с учётом отдельных показаний, рисков и местных правил.

6 Условный клинический случай

Пациент 52 лет обращается с длительной болью в пояснице. Он много спит, но чувствует усталость. В беседе выясняется, что уже два месяца он не получает удовольствия даже от общения с внуками и считает себя обузой для семьи. Оценка одной лишь боли привела бы к пропуску эмоционального и когнитивного компонентов депрессии. Одновременно повторно проводят неврологический осмотр и пересматривают список лекарств.

Другой пациент из-за боли прекратил заниматься спортом, но получает удовольствие от встреч с друзьями и музыки, сохраняет планы на будущее. Он также нуждается в помощи, однако сам по себе отказ от спорта не доказывает депрессивного эпизода. Вместо одинакового ярлыка «маскированная депрессия» для обеих ситуаций следует описать различия.

7 Запись по итогам приёма

В клинической записи отдельно фиксируют характеристики боли, проверенные и ещё не выясненные медицинские факторы, критерии депрессии, сон, влияние лекарств и функциональные ограничения. При последующем наблюдении спрашивают не только «Вам лучше?», но и об изменениях в двух-трёх заранее выбранных жизненных задачах. При появлении новых признаков прежний психиатрический диагноз не должен препятствовать повторной медицинской оценке.

8 Временная последовательность соматических симптомов

Вопрос о том, началась ли боль до депрессии, одновременно с ней или на фоне лечения, помогает упорядочить предположения о причинах. Подавленность может появиться позже на фоне многолетней боли. Во время депрессивного эпизода также могут усиливаться субъективная тяжесть прежней боли и её влияние на жизнь. Мышечную боль, сонливость и утомляемость после назначения нового препарата или изменения дозы оценивают отдельно. Временная связь не доказывает причинность, но задаёт направление обследования.

Можно спросить пациента: «Что происходило в вашей жизни, когда началась боль?», однако не следует заранее связывать ответ с психологической причиной. Он может рассказать о травме, инфекции, родах, чрезмерной работе или утрате в семье. Одновременное действие нескольких факторов обычно. Изучение боли на биологическом, психологическом и социальном уровнях не означает, что каждый из них внёс одинаковый причинный вклад.

9 Различение утомляемости, сонливости и слабости

Выражение «У меня нет сил» описывает разные состояния. При утомляемости трудно продолжать работу, при сонливости сильно желание заснуть, а при мышечной слабости может снижаться сила, необходимая для определённого движения. Эти различия меняют вопросы и осмотр. У пациента уточняют, в какое время дня и при каких задачах возникают трудности и что меняется после отдыха.

Даже при подозрении на депрессивную утомляемость по клиническим показаниям проверяют анемию, эндокринные, кардиореспираторные, инфекционные факторы, нарушения сна и влияние лекарств. Не нужно искать каждую возможность с помощью бесконечных анализов. Цель состоит в проверке гипотез, соответствующих анамнезу и осмотру. Новую объективную слабость, неврологический дефицит или быстрое прогрессирование нельзя объяснять обычной депрессией.

10 Тревога о здоровье и повторные обследования

У некоторых пациентов нормальный результат даёт лишь краткое облегчение, после чего возникает страх новой болезни. В такой ситуации повторные обследования, поиск симптомов в интернете и наблюдение за сигналами тела могут образовать цикл, поддерживающий тревогу. Но большое число предыдущих обследований не означает, что у пациента не может быть реального заболевания. Новые и изменившиеся признаки оценивают по установленным медицинским критериям.

Плановое, согласованное наблюдение может быть полезнее бессистемных обращений к множеству специалистов. С пациентом согласуют, при каких признаках требуется новое обследование, а при каких продолжаются имеющееся лечение и наблюдение. Это не отказ со словами «больше обследовать не будем», а клинически обоснованная граница. Открыто обсуждают, чего пациент боится и какого ответа ждёт от обследования.

11 Правильный выбор функциональной цели

Желание «пусть боль исчезнет полностью» понятно, но если оно становится единственным краткосрочным критерием лечения, каждый остаточный симптом может восприниматься как поражение. Определяют важные для пациента задачи: короткая прогулка с ребёнком, приготовление еды, выполнение одной рабочей задачи, более непрерывный ночной сон. Цели должны соответствовать соматическому состоянию пациента и достигаться поэтапно.

У некоторых пациентов повторяется резкое увеличение активности с последующими несколькими днями полного пребывания в постели. План может быть направлен на устойчивую, переносимую активность. Однако ответ на нагрузку при разных заболеваниях неодинаков. При состояниях с резким и длительным усилением симптомов после нагрузки требуются отдельная медицинская оценка и соответствующий заболеванию подход; универсальную рекомендацию «больше двигайтесь, и всё пройдёт» не дают.

12 Конкретные мишени психотерапевтической работы

Цель КПТ или другого психологического подхода с доказанной эффективностью не состоит в убеждении пациента, что боли нет. Можно работать с катастрофическими прогнозами о боли, избеганием безопасной активности, привычками сна, стрессом и трудностями в отношениях. В терапии принятия и ответственности, ACT, обсуждают, как не позволить борьбе с симптомом полностью захватить жизнь, и действия в соответствии с ценностями. Принятие не означает капитуляцию или отказ от медицинской помощи. [37.2]

Иногда семья, желая помочь, выполняет за пациента все его обязанности и тем самым уменьшает возможности возвращения к активности; другая семья, напротив, отрицает боль и предъявляет чрезмерные требования. В обоих случаях согласуют реальные возможности пациента, безопасную активность и подходящую форму поддержки. Это не обвинение семьи, а эффективная организация имеющихся ресурсов.

13 Совместное рассмотрение пользы и рисков лекарств

Пациент с хронической болью может принимать несколько обезболивающих, снотворных и психотропных препаратов. Важно повторно проверить список лекарств с названиями, которые знает пациент, дозами и временем приёма. Одно и то же действующее вещество под разными торговыми названиями, безрецептурные средства или алкоголь могут повышать общую седацию и другие риски. До добавления препарата рассматривают точную цель и результат уже проводимого лечения.

Даже если антидепрессант действует на боль, настроение, ангедонию и безопасность отслеживают отдельно. И наоборот, если настроение улучшилось, а боль сохраняется, это не означает ошибочность диагноза депрессии. Каждый результат сопоставляют с соответствующей целью. При изменении лекарственного плана с пациентом согласуют возможную пользу, побочные эффекты и сроки наблюдения.

14 Расширенный случай: видеть две проблемы одновременно

Пациент 55 лет несколько лет живёт с хронической болью в пояснице. За последние два месяца уровень боли почти не изменился, но он перестал звонить друзьям, не слушает любимую музыку и чувствует себя обузой для семьи. Из-за представления «когда пройдёт боль, всё наладится» психическое состояние ранее не оценивалось. В интервью выясняется, что ангедония и безнадёжность сохраняются и вне периодов боли.

План предусматривает продолжение медицинского ведения боли в пояснице и одновременную оценку критериев депрессивного эпизода, безопасности и возможностей лечения. Краткосрочной целью могут стать телефонный разговор с другом и возвращение к медицински допустимой активности. Это не отрицание боли, а восстановление той части жизни пациента, которая ещё больше сузилась из-за депрессии.

15 Клиническое заключение после приёма

В заключение включают известную медицинскую основу боли или рабочую гипотезу, проверку новых опасных признаков, депрессивные симптомы и их функциональное влияние, список лекарств, согласованные цели и план повторной оценки. Одно слово «психосоматика» не заменяет эти сведения. Если ясно записать, что установлено и что пока остаётся неопределённым, сотрудничество со следующим специалистом также улучшится.

16 План из двух частей: медицинской и функциональной

При сочетании боли и депрессии полезно рассматривать лечебный план в двух параллельных частях. В медицинской части фиксируют известные заболевания, показания к новым обследованиям, пользу и риски лекарств. В функциональной части записывают, что ограничено в жизни пациента и какое небольшое изменение важно. Одна часть не заменяет другую. Даже пока продолжается медицинское обследование, можно начать безопасную поддержку и оценку депрессии.

Например, если пациенту с головной болью запланирована неврологическая оценка, в это же время можно спросить о сне и настроении. Но при опасном неврологическом признаке психологическое объяснение не должно задерживать срочное обследование. С другой стороны, неверно игнорировать безнадёжность и самообвинение пациента до завершения всех обследований. Сотрудничающие специалисты должны чётко понимать, кто какую задачу выполняет.

Письменный план для пациента может быть кратким: что известно на данный момент, цель лечения, при каких симптомах нужно обратиться быстро и дата следующего приёма. Вместо неопределённого ярлыка «боль психологическая» дают конкретное объяснение. Например: «Боль, сон и настроение влияют друг на друга; мы будем работать с каждым из них». Это не доказывает причину, но раскрывает логику лечения.

Противоречивые сообщения врачей могут снижать доверие пациента. Если один специалист говорит «всё от нервов», а другой «не ходите к психиатру», пациент оказывается между двумя сторонами. При согласованном общении отдельно излагают имеющиеся медицинские данные, депрессивный синдром и цели лечения. Чётко говорят, что боль пациента реальна и психическая помощь не умаляет его достоинства.

Практическое задание для читателя: как вы оцените ситуацию, в которой балл боли не изменился, но сон и функционирование пациента улучшились? Это может быть частичной пользой. Следующая задача: что вы сделаете, если настроение улучшилось, но появился новый неврологический симптом? Новый симптом требует самостоятельной медицинской оценки. Оба примера учат не ограничивать результат одним числом или одним диагнозом.

Источники

[37.1] NIMH. Depression. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression

[37.2] NICE. Chronic pain in over 16s. NG193. https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/chapter/Recommendations

[37.3] WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F32 и F33. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

38-ГЛАВА

Депрессивные признаки, сохраняющиеся после стресса

Если стрессор очевиден, легко сделать вывод, что очевиден и диагноз. Однако не всякая подавленность после потери работы, развода, утраты или насилия является одним и тем же заболеванием. У одних людей идёт естественный процесс горевания и адаптации, у других формируется расстройство адаптации, ПТСР или самостоятельный депрессивный эпизод. Эти состояния могут как исключать друг друга, так и сочетаться; важны критерии классификации и временная динамика.

1 Классифицировать клиническую картину, а не событие

В беседе восстанавливают дату события, предшествующее психическое состояние, первый симптом, время начала устойчивого расстройства и нынешнее течение. Затем спрашивают о признаках, связанных с событием: непроизвольных воспоминаниях, сновидениях, повторном переживании, избегании, постоянном ожидании угрозы, чувстве вины или всеохватывающей ангедонии. Эти вопросы не требуют принуждать пациента к подробному пересказу травмы.

Высказывание пациента «всё началось с того дня» ценно, но не является единственным доказательством причинной связи. Также проверяют предыдущие эпизоды, употребление веществ, лекарства, соматические заболевания и историю мании или гипомании. Нынешний стресс может стать толчком к обострению ранее существовавшего заболевания.

2 Расстройство адаптации

При расстройстве адаптации центральное место занимают реакция на определённый стрессор и трудности приспособления. В МКБ-10 имеются дополнительные коды депрессивных и тревожных реакций; ограничения их длительности и критерии применяют по выбранной редакции. [38.1] Одного наличия стрессора недостаточно для автоматического выбора F43.2.

Представление «у него есть причина, поэтому это не настоящая депрессия» ошибочно. Если выполнены полные критерии депрессивного эпизода, врач оценивает и эту возможность. И наоборот, неверно сразу называть тяжёлой депрессией сильное огорчение и не-

сколько дней нарушенного сна. Тяжесть, длительность и функционирование рассматривают вместе.

3 Депрессивные признаки при ПТСР

При ПТСР могут наблюдаться снижение настроения, самообвинение, уменьшение интереса и отдаление от людей. Однако диагноз не основывается только на этих признаках: устанавливают травматическое событие и характерный для ПТСР комплекс симптомов. «Часто вспоминает прошлое» не всегда означает повторное переживание. Необходимо различать обычные воспоминания, руминацию, диссоциацию и яркое повторное переживание.

В клинической беседе важно сохранять у пациента чувство контроля. Помогают просьба о разрешении перед вопросом, сообщение о возможности перерыва и возвращение к безопасности в настоящем. Не обязательно принуждать к раскрытию всего содержания, ещё не понимая, какое событие было самым тяжёлым. Если насилие или преследование продолжаются, одной работы с воспоминаниями недостаточно; нужны также пути практической защиты и помощи.

4 Горевание и депрессия

После утраты близкого горе может приходить волнами, усиливаться из-за воспоминаний или памятных дат. При депрессивном эпизоде могут углубляться такие признаки, как всеохватывающая ангедония, устойчивая безнадёжность и резко заниженная оценка собственной ценности. Но это различие нельзя установить одним вопросом или строгим подсчётом дней. Учитывают культурные традиции траура и отношения человека.

Горевание и депрессия могут сочетаться. Тоска пациента по умершему не является болезнью; однако неспособность поддерживать собственную жизнь или риск самоповреждения нельзя отодвигать в сторону под ярлыком «естественный траур». Безопасность и функциональные потребности оценивают независимо от названия диагноза.

5 Поддерживающие факторы

Даже после прекращения действия стрессора могут сохраняться бессонница, безработица, долги, семейные конфликты, избегание и социальная изоляция. Они способствуют сохранению симптомов, но не дают основания обвинять пациента в том, что он «сам не может выбраться». Разделение проблем на поддающиеся изменению и пока находящиеся вне контроля помогает составить практический план.

Полезно последовательно изучить один день пациента: пробуждение, питание, работа или учёба, опасные ситуации, контакты с людьми, сон. Какое действие приносит краткое облегчение, но затем усиливает долговременные трудности? Например, отмена всех встреч может временно успокаивать, но уменьшает поддержку. Эту клиническую гипотезу проверяют вместе с пациентом, а не предъявляют как готовый вердикт.

6 Последовательность лечения

При сочетании ПТСР и депрессии NICE обычно рекомендует в первую очередь лечить ПТСР; однако если депрессия настолько тяжела, что препятствует психологической работе, или есть риск причинения вреда себе либо другим, сначала следует решить эту проблему. [38.2] Это не единое расписание для всех пациентов: план составляют с учётом риска, пожеланий и возможностей.

Методы, ориентированные на травму, не выбирают автоматически только потому, что «есть стресс». Важны целевой диагноз, квалификация специалиста и готовность пациента. При трудностях адаптации особое значение могут иметь практическое решение проблем, поддержка и восстановление активности. При депрессивном эпизоде также рассматривают лечение с доказанной эффективностью, соответствующее его тяжести и течению.

7 Условный случай и клиническое заключение

После потери работы пациент в течение двух месяцев плохо спит и обвиняет себя. Его печаль касается не только работы: он не получает удовольствия даже от времени с детьми, большую часть дня подавлен. Врач фиксирует стрессор, но не ограничивается этим и проверяет критерии депрессивного эпизода. Практическая помощь с поиском работы не заменяет лечения заболевания, а лечение не решает социальную проблему автоматически.

Второй пациент после дорожной аварии избегает поездок в машине, событие вновь оживает у него перед глазами, он просыпается в страхе. Присутствует и подавленность. Здесь отдельно оценивают характерную картину ПТСР и сопутствующую депрессию. Общая формулировка «реактивная депрессия» может скрыть две важные цели лечения.

В конце приёма записывают событие, временную связь, ведущий синдром, текущий риск, поддерживающие условия и план наблюдения. Вместо общей фразы «есть травма» в документе приводят необходимые сведения с учётом согласия пациента и конфиденциальности. На следующей встрече диагноз также может быть пересмотрен.

8 Разница между наличием стрессора и клинической причиной

То, что пациент связывает симптомы с событием, клинически важно. Но одного сообщения «началось после развода» недостаточно для установления диагноза F43. Депрессивный эпизод тоже может начаться после стресса. При диагностическом решении совместно рассматривают характер события, время начала, совокупность симптомов, длительность, тяжесть и функциональное влияние. Недостаточно ни отрицать стрессор, ни связывать с ним все симптомы.

Иногда пациент думает: «Если есть понятная причина, это не болезнь». Ему можно объяснить: реакция человека на тяжёлое событие может быть понятной и одновременно требовать клинической помощи. И наоборот, не всякое горе и тревога требуют психиатрического диагноза. Потребность в помощи не ограничивается наличием или отсутствием диагноза; психологическая поддержка и практическая помощь могут быть уместны и при субклиническом состоянии.

9 Оценка расстройства адаптации

При расстройстве адаптации оценивают эмоциональные и поведенческие симптомы, связанные с определённым стрессором или жизненным изменением, и трудности приспособления. Важен вопрос, не объясняет ли симптомы лучше другое расстройство. В МКБ-10 существуют подрубрики, например кратковременная и пролонгированная депрессивная реакция, но их временные критерии необходимо сверять с местной версией. Пятизначные коды могут иметь разное значение в разных национальных модификациях. [38.1]

Расстройство адаптации не означает «лёгкое состояние, на которое можно не обращать внимания». Его влияние на работу, учёбу, отношения и безопасность может быть значительным. Если сохраняются долги, жилищные трудности, проблемы миграции, нагрузка по уходу или семейный конфликт, лечения только индивидуальных симптомов может оказаться недостаточно. В план включают практические ресурсы и возможности социальной помощи.

10 ПТСР и депрессия: сходства и различия

При ПТСР оценивают специфические симптомы: повторное переживание травматического события, связанное с ним избегание и устойчивое чувство угрозы. При депрессии могут преобладать утрата интереса, стойкая подавленность, безнадёжность и ощущение собственной никчёмности. Нарушения сна и внимания встречаются при обоих состояниях. Поэтому различить их только по бессоннице и утомляемости нельзя.

Когда пациент думает о тяжёлом событии, уточняют, является ли это руминацией или повторным переживанием, словно событие происходит сейчас. В первом случае человек может анализировать событие и обвинять себя; во втором воспоминания, образы и телесные реакции могут быть чрезвычайно яркими и ощущаться как нынешняя опасность. Это различие не абсолютно, но уточняет интервью. При вероятной диссоциации также оценивают ориентировку, чувство отстранённости и безопасность.

11 Мера расспроса о травме

Во-первых, объясняют цель беседы. Во-вторых, оценивают готовность пациента и его нынешнюю стабильность. В-третьих, получают сведения, необходимые для диагностики и безопасности, но не требуют принудительно рассказывать все болезненные подробности на первом приёме. Не нужно превращать клиническое интервью в незапланированную экспозицию.

Терапию, ориентированную на травму и имеющую доказанную эффективность, проводят с подготовкой, согласованной целью и квалифицированным специалистом. При этом неправильно бесконечно откладывать эффективную терапию под предлогом «вы ещё не готовы». Потребность в стабилизации, продолжающуюся опасность, диссоциацию, употребление веществ и тяжесть депрессии рассматривают индивидуально. При ПТСР и депрессии выбор того, что лечить первым, зависит от клинической потребности; универсальной последовательности нет. [38.2]

12 Горевание и депрессивный эпизод

При горевании после утраты болезненные чувства могут приходить волнами, усиливаться при воспоминаниях об умершем, а некоторые положительные чувства при этом могут сохраняться. При депрессивном эпизоде вероятны более широкая ангедония, устойчивое чувство никчёмности и нарушение функционирования. Эти общие различия не являются тестом, строго разделяющим каждый случай. Учитывают культурные обряды, историю отношений и обстоятельства утраты.

Наличие горя не отменяет оценки депрессии или безопасности. В то же время неверно считать, что всякое человеческое горе необходимо устранять лекарствами. Прямо спрашивают о содержании мыслей о смерти, намерении и риске. В МКБ-11 и других системах существуют отдельные диагностические понятия, связанные с длительным и тяжёлым гореванием; их нельзя автоматически переносить в МКБ-10, в рубрики F43.

13 Учитывать продолжающийся стресс

Если пациент по-прежнему живёт в условиях насилия, преследования, опасности на работе или тяжёлой нагрузки по уходу, объяснять симптомы только «неправильным мышлением» несправедливо и клинически недостаточно. Безопасность, конфиденциальность, правовые и социальные ресурсы рассматривают в соответствии с клиническим планом. Не дают не соответствующих обстоятельствам пациента рекомендаций «просто уходите» или «не обращайте внимания».

При работе, направленной на решение проблем, выделяют контролируемые и пока неконтролируемые части. Например, изменить решение работодателя может быть трудно, но можно сделать один шаг в поиске работы, получить юридическую консультацию или восстановить режим сна. Цель не в том, чтобы возложить на пациента ответственность за все обстоятельства, а в восстановлении действий в пределах реального влияния.

14 Расширенный случай: одно событие, разные клинические пути

Два пациента пережили одинаковое увольнение. Первый тревожен, расстроен и боится будущего, но при встречах с друзьями ему становится легче, интересы сохранены, он способен составить практический план. Ему могут потребоваться поддержка, решение проблем и наблюдение; депрессивный эпизод не устанавливают автоматически.

У второго пациента два месяца почти непрерывной подавленности, ангедонии, ранних пробуждений, сниженного аппетита и выраженного чувства никчёмности. Он не реагирует даже на хорошие новости и меньше заботится о себе. Увольнение остаётся важным контекстом, но проверяют полные критерии депрессивного эпизода, тяжесть и безопасность. Урок случая: лечение определяют не название события, а клинический синдром и потребности человека.

15 Вопросы, пересматриваемые при наблюдении

Изменился ли стрессор? Уменьшились ли симптомы или отчётливее проявился другой синдром? Восстановились ли сон и повседневные обязанности? Появились ли избегание, алкоголь или другие вредные способы облегчения? Рабочий диагноз со временем может пересматриваться. Это может означать не ошибку предыдущего врача, а появление новых данных. Фиксация неопределённости и её уточнение в ходе наблюдения являются правильной частью клинической работы.

16 Клиническая формулировка, ориентированная на будущее

При объяснении состояния после стресса нужен не только вопрос «Что послужило причиной?», но и вопрос «Что поддерживает его сейчас?». Исходное событие могло остаться в прошлом, однако бессонница, избегание, социальная изоляция, самообвинение или продолжающаяся юридическая проблема могут поддерживать симптомы. Выявление этих факторов переводит пациента от бесконечного анализа прошлого к практическому плану.

В формулировке можно отдельно записывать факторы предрасположенности, запускающее событие, поддерживающие процессы и защитные ресурсы. Эта структура дополняет официальный диагноз, но не заменяет его. Не обязательно иметь готовый ответ для каждой категории у каждого пациента. Предположения проверяют вместе с пациентом и изменяют с учётом новых данных. Теорию врача не представляют как факт о жизни пациента.

Например, после конфликта на работе у пациента появились депрессивные симптомы. Конфликт разрешился, но он теперь избегает общения с коллегами, по ночам вновь обдумывает событие и днём из-за усталости откладывает дела. В плане наряду с лечением основной депрессии обсуждают руминацию, сон и поэтапное возвращение к рабочей активности. Вместо обвиняющего вопроса «Стрессор исчез, почему вам всё ещё плохо?» объясняют поддерживающий цикл.

У другого пациента стрессор продолжает действовать. Предложить ему лишь изменить мысли недостаточно. В план включают безопасность, практическую помощь и контролируемые шаги. Цель не в том, чтобы заставить пациента приспосабливаться к любым обстоятельствам, а в уменьшении вреда и расширении реальных возможностей.

Проверка для читателя: не путаете ли вы название события с синдромом? Учли ли культурный контекст? Не патологизируете ли чрезмерно горе или стресс? И наоборот, не оставляете ли полноценный депрессивный эпизод без лечения, называя его «понятной реакцией»? Эти вопросы помогают сохранить дифференциальную диагностику гуманной и клинически точной.

Источники

[38.1] WHO. ICD-10 Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F43. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[38.2] NICE. Post-traumatic stress disorder. NG116. Recommendations on PTSD and coexisting depression. https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/recommendations

39-ГЛАВА

Меланхолические признаки и понятие эндогенной депрессии

1 Исторический термин и современное клиническое решение

Термин «эндогенная депрессия» занимал важное место в истории психиатрии. Под ним часто понимали депрессию, начинающуюся без явной внешней причины и сопровождающуюся заметными изменениями биологических ритмов, аппетита, сна и психомоторной активности. Однако отсутствие выявленной внешней причины не доказывает, что заболевание обусловлено исключительно внутренними биологическими факторами. Точно так же начало после развода или утраты не исключает меланхолических признаков. Биологическая предрасположенность, личный опыт, текущий стресс и социальные условия могут совместно влиять на одного пациента.

Поэтому в современной клинической записи полезнее отдельно указывать тяжесть эпизода, течение, психотические признаки и соматический синдром, чем ограничиваться словом «эндогенная». Разделение «эндогенного» и «реактивного» на две абсолютно противоположные категории сужает возможности лечения. Пациент с меланхолическими признаками также может получать пользу от поддерживающего отношения, а впоследствии и от психотерапии; депрессивный эпизод после стресса тоже может требовать медикаментозной помощи.

2 Как распознать меланхолические признаки?

Одно из центральных клинических изменений состоит в резком снижении способности испытывать удовольствие. Пациент не откликается привычным образом на прежде ценные отношения, интересы или хорошие новости. Это может отличаться от обычного «мне не хочется»: человек хочет захотеть, но чувство не возникает. Одновременно наблюдается снижение эмоционального отклика на положительные события. Упрёк «У вас же есть ребёнок, радуйтесь» не изменит этот признак и может усилить чувство вины.

В суточном ритме могут наблюдаться более тяжёлое состояние по утрам, пробуждение значительно раньше обычного, снижение аппетита и массы тела, уменьшение либидо. При психомоторной заторможенности замедляются движения, речь и темп ответов. У другого пациента, напротив, преобладают ажитация, непрерывное хождение или потира-

ние рук. Ни один из этих признаков сам по себе не специфичен для меланхолии. Например, раннее пробуждение также может быть связано с болью, алкоголем, апноэ сна или распорядком жизни.

Важные вопросы: «Если происходит что-то, что обычно вам нравится, становится ли вам легче хотя бы ненадолго?», «Различается ли ваше состояние утром и вечером?», «Замечали ли окружающие изменения вашей речи или движений?» Клиническое наблюдение дополняет субъективное описание пациента, но не заменяет его.

3 Соматический синдром в МКБ-10

Под «соматическим синдромом» в МКБ-10 не подразумеваются все физические жалобы. Этот термин обозначает определённый клинический комплекс, близкий к меланхолическим или биологическим признакам. В руководстве ВОЗ перечислены утрата интереса и удовольствия, снижение эмоциональной реакции на обычно приятные события, раннее пробуждение, утреннее ухудшение, объективные психомоторные изменения, снижение аппетита и массы тела, а также уменьшение либидо. При установлении синдрома предусмотренные руководством критерии оценивают в совокупности. [39.1]

Поэтому неверно автоматически записывать «имеется соматический синдром» у пациента с жалобами на головную боль и сердцебиение. Напротив, этот синдром может присутствовать у пациента, который не сообщает о физической боли, но утратил способность получать удовольствие, рано просыпается и психомоторно заторможен. Меланхолические признаки не ограничиваются только F32.2. Код выбирают в соответствии с тяжестью эпизода, его повторяемостью, биполярным анамнезом и используемой версией МКБ-10.

4 С чем можно спутать?

Паркинсонизм, гипотиреоз, неврологические заболевания и седативные препараты могут замедлять движения и речь. При паркинсонизме, связанном с антипсихотиком, важны ригидность, тремор, другие особенности движений и временная связь с препаратом. Нельзя также приравнивать депрессивную психомоторную заторможенность к кататонии. При мутизме, негативизме, необычных позах, ступоре или других кататонических признаках требуется отдельная оценка.

Необходимо отличать психотическое чувство вины от обычной самокритики. Мысль «Я недостаточно помогаю своей семье» может соответствовать реальной ситуации. Убеждение «Из-за моего греха погибнет весь город», не меняющееся под влиянием доказательств, представляет собой клиническое явление другого уровня. Это различие меняет срочность и вид помощи.

5 Планирование лечения

Фиксация меланхолических признаков не является тестом, автоматически определяющим лечение. Решение принимают на основании тяжести эпизода, прежнего ответа, пожеланий пациента, соматического состояния и рисков. Если питание и потребление жидкости уменьшились, их нужно контролировать отдельно. Вместо длительных домашних заданий для пациента с выраженной заторможенностью выбирают короткие, практические и выполнимые шаги.

При угрожающем жизни состоянии, отказе от пищи или жидкости, психозе либо необходимости быстрого ответа обсуждают стационар и специальные методы лечения, включая электросудорожную терапию при соответствующих показаниях. Это не «последнее наказание», а метод, который оценивают на основе клинической пользы, риска, согласия и правового порядка. [39.2]

6 Клинический пример

У пациента 47 лет после трудностей на работе нарушился сон. Позже появились крайне тяжёлое состояние по утрам, утрата удовольствия, снижение аппетита и длинные паузы в разговоре. Семья считает, что «это всё из-за работы». Клиническое заключение не отрицает стресс, но предусматривает проверку депрессивного эпизода и меланхолических признаков. Решать рабочую проблему необходимо, однако само по себе это не заменяет лечения тяжёлого эпизода. Наряду с лекарственной помощью, соматическим обследованием и оценкой безопасности семье объясняют, что речь не о безволии.

7 Феноменология: сохранять слова пациента

Для понимания меланхолического профиля помимо названия симптома важен субъективный опыт пациента. «Ничем не интересуюсь» может иметь разное содержание: один пациент не находит сил, другой не испытывает удовольствия, третий из-за вины считает себя недостойным радости. Высказывание «Когда вижу внуков, я знаю, что люблю их, но не могу этого почувствовать» точнее отражает снижение эмоционального отклика. Его не следует трактовать как равнодушие к семье или нравственный недостаток.

Пациенту может быть трудно описать свои чувства. Врач не должен навязывать вместо него готовую метафору. После открытого вопроса задают уточняющие: «Как было раньше?», «Что меняется, когда происходит что-то хорошее?», «Вы назвали бы это печалью, пустотой или бесчувствием?» Ответ можно кратко привести в клинической записи словами самого пациента.

8 Объективизация психомоторных изменений

При оценке психомоторной заторможенности не ограничиваются сообщением пациента «я медленный», а наблюдают вступление в разговор, задержку ответов, темп движений, мимику и изменения в повседневных делах. При этом учитывают культурный стиль общения, язык, слух, тревогу и влияние лекарств. Однократный медленный ответ не подтверждает клинический синдром.

При выраженной заторможенности пациенту нужно дать время ответить на вопрос. Если врач сразу заполняет молчание новым вопросом, пациент может не успеть завершить мысль. Близким объясняют, что не следует спешить отвечать за него. Спрашивают, сколько времени в повседневной жизни занимают умывание, одевание, приготовление пищи и принятие решений. Это служит оценке функционирования и планированию практической помощи.

9 Как фиксировать суточные колебания?

При жалобе «Мне плохо утром» уточняют время, качество сна и режим дня. Страдает ли пациент сразу после пробуждения, тревожится ли из-за подготовки к работе или утомлён после ночной боли? Устойчиво ли вечернее облегчение или бывает лишь в отдельные дни? Краткий дневник помогает совместно фиксировать настроение, активность и сон, но не следует заставлять пациента проверять себя каждый час.

Признак суточного ритма оценивают вместе с другими критериями. Его отсутствие не исключает депрессии, а наличие само по себе не доказывает меланхолического профиля. Сменная работа, позднее засыпание, алкоголь и время приёма лекарств также могут влиять на ритм. Клиническое заключение делают по общей картине, а не по одному «типичному» признаку.

10 Питание и уход за собой

Утрата аппетита, отсутствие вкуса пищи, невозможность найти силы для действия и отказ от еды вследствие психотического убеждения различаются. У каждого состояния свои риски и пути помощи. Проверяют динамику массы тела, потребление жидкости, головокружение, общее состояние и доступность еды. Отсутствие продуктов или физические трудности жевания/глотания нельзя путать с депрессивной утратой аппетита.

Если пациент не может питаться в достаточном объёме, семье можно дать рекомендации о небольших, переносимых порциях и практической помощи. Однако при обезвоживании, значительном похудении или угрожающем жизни отказе от еды домашних советов

недостаточно. Требуются медицинская оценка, поддержка питания и быстрое лечение основного синдрома. Клинический риск не следует связывать только с цифрой массы тела.

11 Осторожность в отношении биологических тестов

При меланхолической депрессии исторически широко изучались эндокринные, нейробиологические показатели и параметры сна. Но среднее различие между исследуемыми группами не равно подтверждающему тесту для конкретного пациента. Неверно представлять кортизол, серотонин, ЭЭГ или нейровизуализацию как средства, «точно доказывающие эндогенную депрессию». Обследование на соматические заболевания по клиническим показаниям является отдельным вопросом: например, при вероятном эндокринном расстройстве проводят соответствующее исследование.

Если анализы пациента нормальны, это не означает, что его депрессивное страдание вымышлено. И наоборот, обнаружение одного лабораторного отклонения не означает, что установлена причина всех психических симптомов. Результат исследования интерпретируют вместе с анамнезом, осмотром и клиническим синдромом. Такое объяснение защищает пациента от ошибочного вывода «пока анализ ничего не покажет, никто не поверит».

12 Адаптированная роль психотерапии

Меланхолические признаки не запрещают психотерапию. При тяжёлом эпизоде возможности внимания, энергии и принятия решений могут быть ограничены, поэтому содержание и объём сессий адаптируют. Вначале приоритетными могут быть поддержка, безопасность, ежедневный уход, соблюдение лечения и разъяснения семье. Позже системно работают с руминацией, самообвинением, уходом от активности и профилактикой рецидивов.

Фраза «Это эндогенное, разговор не поможет» отрицает социальные и психологические потребности пациента. Представление «Это только из-за ваших мыслей, лекарства не нужны» также недооценивает тяжёлый синдром. Клиническое решение опирается не на полярные лозунги, а на тяжесть, доказательства, прежний ответ и пожелания пациента. Разные способы помощи не конкурируют друг с другом.

13 Распознавание рецидива и работа с семьёй

После ремиссии для пациента и близких определяют ранние признаки предыдущего эпизода. Например, раннее пробуждение, утрата интереса к музыке, замедление движений или снижение аппетита могут быть индивидуальными сигналами. Не нужно восприни-

мать каждую плохую ночь как новый эпизод; наблюдают совокупность признаков, длительность и влияние на функционирование. Согласованный план уменьшает избыточную тревогу и помогает быстро обратиться за помощью, когда это необходимо.

Семья не должна торопить пациента словами «Теперь тебе лучше, сразу работай как раньше». Симптомы и функционирование могут восстанавливаться с разной скоростью. В то же время необязательно надолго отстранять пациента от всей ответственности. Цель состоит в поэтапном восстановлении, реалистичной нагрузке и поддержке. При клиническом наблюдении наряду с настроением оценивают уход за собой, отношения, труд и качество жизни.

14 Трёхэтапное мышление при кодировании

На первом этапе оценивают критерии депрессивного эпизода, его длительность и функциональное влияние. На втором уточняют течение: первый ли это эпизод, повторный или эпизод в рамках биполярного расстройства. На третьем фиксируют тяжесть, психотические признаки и такие особенности, как соматический синдром. Услышав слово «меланхолический», нельзя пропускать первые этапы.

Например, нынешний эпизод у пациента с гипоманией в прошлом может протекать с меланхолическими признаками. Этот профиль не превращает его в униполярный диагноз F32. Если у другого пациента эпизод повторялся несколько раз, рассматривают рубрику F33. При кодировании важно помнить, что клинический профиль и основное течение являются двумя разными осями. Также проверяют дополнительные знаки в используемой национальной модификации МКБ-10.

15 Сравнение двух пациентов

Пациент А жалуется на снижение аппетита и раннее пробуждение, но оживляется при хороших новостях, сохраняет интересы и выполняет повседневные задачи. Наличие или отсутствие депрессивного эпизода оценивают полностью, но не объявляют меланхолическую депрессию на основании двух признаков. Также рассматривают причины, связанные со сном и соматическим состоянием.

У пациента Б почти утрачено удовольствие, снижен отклик на положительные события, замедлены речь и движения, утром состояние тяжёлое, питание сократилось. Такая картина даёт основания для целенаправленной оценки соматического синдрома. Но тяжесть эпизода, психоз, кататонию, биполярный анамнез и безопасность по-прежнему проверяют отдельно. Впечатление «выглядит типично» не должно сокращать полноценную клиническую оценку.

16 Краткое объяснение для семьи

«Он бесчувствен не потому, что перестал вас любить. Сейчас болезнь могла снизить удовольствие и эмоциональный отклик. Вместо попыток заставить его радоваться или обвинений нужны лечение, ежедневный уход и поддержка в небольших делах». Это объяснение адаптируют к конкретному клиническому состоянию пациента. Если сама семья утомлена или тревожна, ей также предоставляют ресурсы и разъяснения.

Врач не должен превращать своё заключение в характеристику личности пациента. Вместо ярлыка «Вы эндогенный» говорят: «В нынешнем эпизоде есть такие признаки». Это не отождествляет болезнь со всей личностью человека и сохраняет возможность восстановления. Меланхолический профиль может быть тяжёлым, но не является фатальной судьбой или признаком отсутствия ответа на лечение.

В конце наблюдения помимо симптомов спрашивают, насколько пациент вновь чувствует себя собой. Уменьшение печали, возвращение удовольствия и восстановление активности могут происходить в разное время. Их отдельная фиксация снижает вероятность поспешно принять частичный ответ за полную ремиссию.

17 Выводы главы

Меланхолические признаки помогают уточнить клинический профиль депрессии. Термин «эндогенная» не означает, что причина полностью доказана. Соматический синдром не является перечнем физических жалоб. Основные решения определяют тяжесть, биполярность, психоз, кататония и соматическая дифференциальная диагностика.

Источники

[39.1] WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F32–F33. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[39.2] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

40-ГЛАВА

Депрессия с атипичными признаками

1 «Атипичный» не означает редкий

Под атипичными признаками понимают определённые клинические особенности депрессии. Это не означает «ненастоящая», «лёгкая» или «не соответствующая диагностике». Такой пациент может испытывать очень тяжёлое страдание, а его повседневная активность может быть существенно ограничена. Вместе с тем сами по себе гиперсомния или повышение аппетита не подтверждают депрессию. Сначала оценивают депрессивный синдром, длительность, функциональное влияние и другие причины.

В классическом определении важное место занимает реактивность настроения на положительные события: пациент способен временно обрадоваться хорошей новости или поддерживающей встрече. Это не доказательство отсутствия депрессии. У пациента, который улыбнулся на приёме, нужно также спросить, как он живёт дома, сколько сил тратит и как чувствует себя в другие дни.

2 Основные клинические особенности

Увеличение сна иногда проявляется длительным ночным сном, иногда длительным лежанием днём. Однако «много лежу» и «действительно много сплю» не одно и то же. У пациента, который часами лежит в постели с телефоном, но не спит, могут присутствовать бессонница и уход от активности. Дневник сна помогает выявить это различие.

Повышение аппетита и прибавка массы тела также бывают связаны с регуляцией эмоционального состояния с помощью еды, действием лекарств, эндокринными или метаболическими факторами. Некоторые пациенты отчётливо описывают ощущение «тело тяжёлое, как свинец», особенно тяжесть в руках и ногах. Это не основание отказываться от проверки неврологической слабости, анемии или сердечно-лёгочных заболеваний.

Чрезмерная чувствительность к отвержению может влиять на отношения и работу. Отсутствие ответа на короткое сообщение пациент интерпретирует как «меня не любят», после чего избегает общения. Необходимо уточнить, появилась ли эта особенность только в депрессивном эпизоде или существует много лет. Автоматическое признание давней личностной особенности симптомом депрессии искажает клиническую картину.

3 Обязательно проверять биполярность

Атипичные особенности встречаются и при биполярной депрессии. Но их наличия недостаточно для диагноза биполярного расстройства. Проверяют прошлые эпизоды гипомании или мании, повышение энергии при сниженной потребности во сне, необычную активность, быструю речь, рискованные решения и семейный анамнез. Ответ «у меня бывают хорошие дни» нельзя называть гипоманией; важны длительность, изменение относительно обычного состояния и функциональные последствия.

Возбуждение после антидепрессанта также необходимо точно описать. Это могут быть временная тревога, акатизия, бессонница или истинный аффективный подъём. Каждый вариант требует другого клинического решения. При обоснованной вероятности биполярности лечебный план пересматривают по соответствующему руководству. [40.2]

4 Дифференциальная диагностика и кодирование

При гиперсомнии необходимо оценить апноэ сна, нарушения циркадного ритма, седативные средства, алкоголь и другие вещества. Дневная сонливость приобретает особое значение при управлении транспортом или работе с опасными механизмами. При изменении массы тела и утомляемости соматическое обследование выбирают по клиническим показаниям; не каждому пациенту нужна бесконечная лабораторная панель.

В МКБ-10 атипичная депрессия может упоминаться в рубрике F32.8, но автоматически относить к этому коду каждый эпизод с атипичными особенностями неверно. Учитывают однократное или рекуррентное течение, полные критерии эпизода, биполярность и местную версию кодирования. Не следует механически приравнивать спецификатор DSM «с атипичными особенностями» к коду МКБ-10. [40.1]

5 Что меняется в лечении?

Лечение не направляют исключительно на сокращение сна или снижение массы тела. Совместно проводят лечение депрессивного синдрома, восстановление распорядка дня, постепенное увеличение активности и уменьшение избегания в отношениях. При выборе лекарства обсуждают прежний ответ, массу тела, сонливость, сексуальные побочные эффекты и сопутствующие заболевания. Признак «атипичный» не означает, что один препарат лучше всего подходит всем.

В психотерапии полезно рассматривать связь между событием, его интерпретацией и поведением. Например, восприятие запоздалого ответа как отвержения, последующая отмена встреч и усиление одиночества могут образовать цикл. Это не отрицание чувств пациента, а создание пространства для альтернативных интерпретаций и небольших поведенческих экспериментов.

6 Клинический пример и динамика

Пациент 29 лет говорит, что спит 11 часов, аппетит повысился, а после работы он не может двигаться. Когда приходят друзья, он немного оживляется. Из-за этого неверно оценивать его словами «если захочет, всё сможет». В беседе выявляют двухмесячную ангедонию, чувство никчёмности и снижение работоспособности. Проверяют прежнюю гипоманию, признаки апноэ сна, лекарства и вещества. В план включают лечение депрессии, стабилизацию времени сна и пробуждения и небольшие задания на активность.

При наблюдении оценивают не только часы сна, но и дневную бодрость, интерес, социальную активность, безопасность и качество жизни. Если сделать массу тела единственным критерием «успеха», депрессивное страдание пациента может остаться невидимым.

7 Не истолковывать реактивность настроения ошибочно

Реактивность настроения не означает, что пациент может произвольно управлять своим страданием. Человек может оживиться на час с близким другом, а затем вновь вернуться в тяжёлую подавленность. Если семья трактует это краткое облегчение как «может радоваться, когда хочет», пациент испытывает вину и стыд. В клинической беседе спрашивают, сколько длится облегчение, в каких условиях возникает и каково функционирование в остальное время.

Если при меланхолическом профиле подчёркивают снижение отклика на положительное событие, то при атипичных особенностях реактивность может сохраняться. Однако клинические картины не всегда укладываются в чистые учебные категории. В одном эпизоде у пациента могут увеличиваться сон и аппетит, а в другом наблюдаться раннее пробуждение и похудение. Это требует не полного изменения диагноза каждый раз, а точного описания течения.

8 Более подробное интервью о сне

Отдельно фиксируют время сна, время, проведённое в постели, и потребность во сне. Если пациент засыпает в три часа ночи и просыпается в полдень, это может быть не только длительным сном, но и задержкой ритма. Спрашивают о телефоне или работе вечером, дневном сне, сменной работе и режиме употребления кофеина. Дневник сна может показать различие между обычной рабочей неделей и выходными.

Храп, наблюдаемые близкими остановки дыхания, утренняя головная боль и выраженная дневная сонливость могут служить основанием для оценки вероятности апноэ сна. Отдельно обсуждают риск засыпания за рулём. Обозначение сонливости лишь как «атипич-

ного признака депрессии» может привести к пропуску опасного заболевания или действия лекарства. Направление к специалисту по сну основывается на клинических показаниях.

9 Безоценочный подход к питанию и массе тела

Оценка пациента с повышенным аппетитом как человека, который «не умеет себя сдерживать», разрушает терапевтические отношения. Спрашивают о времени питания, чувстве голода, эмоциональном состоянии, насыщении, эпизодах утраты контроля и действии лекарств. Один пациент ночью облегчает бессонницу и беспокойство едой, другой не ест днём и обильно ест вечером. Это разные паттерны.

Контроль массы тела может быть необходим, но цифру нельзя превращать в меру ценности пациента или его дисциплины в лечении. Депрессия, расстройство пищевого поведения и метаболическое заболевание могут сочетаться. При необходимости в план включают диетологическую и медицинскую помощь, регулярное питание и оценку побочных эффектов лекарств. Неверно предлагать ограничительную диету как универсальное лечение депрессии.

10 Функция чувствительности к отвержению

Тяжёлая реакция пациента на критику может влиять на отношения. Но если критика действительно оскорбительна или несправедлива, ошибочно объяснять всё только чувствительностью пациента. Отдельно рассматривают событие, интерпретацию пациента, чувство и последующее действие. Например, конкретная критика руководителя на работе, обобщение пациента «я совершенно неспособный» и последующее избегание работы представляют разные точки анализа.

В психотерапии можно работать с альтернативными интерпретациями, поддерживающим отношением к себе, навыками общения и уменьшением избегания. Цель не в том, чтобы научить пациента «всем нравиться», а в оценке реальных отношений и сохранении собственных границ. Если чувствительность к отвержению существует много лет, также осторожно оценивают сопутствующие факторы, связанные с личностью, травмой или тревогой.

11 Пример расспроса о биполярности

Вопрос «Была ли у вас мания?» непонятен многим пациентам. Вместо него спрашивают о периодах, отличавшихся от обычного состояния: мало сна без утомления, очень много планов, увеличение разговорчивости и активности, необычная уверенность, траты или

рискованные решения. Уточняют, присутствовали ли эти признаки вместе в один период, сколько он длился и замечали ли его окружающие.

Выход из депрессии с возвращением к обычной активности не равен гипомании. Радость после положительного события также сама по себе не патологична. В анамнезе нужны конкретный эпизод, функциональные изменения и контекст. Скрининговый опросник может упорядочить подозрения, но не заменяет диагноза. При высокой вероятности биполярности лечебный план составляют на основании специальной оценки.

12 Многомерная оценка результата лечения

При атипичном профиле сокращение сна не всегда означает улучшение. Если пациент мало спит и становится необычно бодрым и импульсивным, проверяют вероятность аффективного подъёма. Если сон сокращается, а дневная усталость и тревога усиливаются, это может быть побочным эффектом или нарушением сна. Результат оценивают вместе с настроением, энергией, функционированием, безопасностью и субъективным благополучием пациента.

При поведенческой активации необязательно ждать, пока у пациента сначала появится мотивация; можно начать с небольших согласованных действий. Но это не принуждение и не преуменьшение симптома. Например, в первую неделю целью могут стать не длительная спортивная программа, а регулярное пробуждение и короткая осмысленная задача. Трудности рассматривают не как «недисциплинированность», а как информацию для адаптации плана.

13 Расширенный случай: не превращать клинический признак в нравственную оценку

Студент 24 лет перестал посещать занятия, много спит и прибавил в весе. Семья называет его «ленивым», потому что иногда он выходит, если зовут друзья. В беседе выявляют несколько месяцев подавленности, чувство никчёмности, выраженный страх отвержения и снижение активности. Одновременно проверяют ритм сна, вещества, соматическое состояние и биполярный анамнез. Однократная встреча с друзьями не исключает депрессии.

План состоит из согласованного с пациентом лечения и поэтапного возвращения к учёбе. Семье объясняют необходимость уменьшить критику и навешивание ярлыков, согласовать реалистичные задачи и поддержку. На следующем приёме оценивают не только посещение занятий, но и качество сна, интерес, внутреннее страдание и безопасность. Этот пример показывает, что основная польза распознавания профиля заключается в лучшем понимании пациента и подходящей помощи.

14 Системная оценка клинического профиля

При оценке атипичных особенностей полезны четыре отдельных направления вопросов. Первое: эмоциональная реактивность, что изменяет положительное событие? Второе: сон и аппетит, действительно ли увеличился сон, как изменилось питание? Третье: тяжесть и движение, есть ли чувство тяжести тела, чем оно отличается от объективной слабости? Четвёртое: отношения, характерна ли чувствительность к отвержению для эпизода или является длительной особенностью? Для каждого ответа фиксируют время и функциональное влияние.

Эти сведения не заменяют депрессивного синдрома. Даже если пациент много спит и много ест, при отсутствии подавленности, ангедонии и влияния на функционирование могут требоваться другие объяснения. Напротив, временная радость от хорошей новости не исключает депрессии. Клиническое мышление шире, чем отметка «да» или «нет» у одного признака.

15 Рассматривать ответ на лечение вместе с обстоятельствами

При изменении рабочего или учебного режима пациента могут меняться сон и активность. Например, прежде чем считать длительный сон во время каникул действием препарата, проверяют распорядок дня. Или усиление усталости после возвращения к новой работе не означает автоматически ухудшения депрессии. Симптомы, нагрузку и темп восстановления оценивают вместе.

Когда лечение кажется неэффективным, пересматривают диагноз, режим приёма, достаточность длительности, сопутствующее расстройство сна или соматическое заболевание, биполярность и социальные препятствия. Не делают вывод «не лечится, потому что атипичная». Так же неверно считать весь эпизод завершённым из-за уменьшения одного симптома. Результат связывают с реальными изменениями в жизни пациента.

16 Продолжение случая

Представим, что у студента из предыдущего примера через три недели время сна стало регулярным, но страх возвращения на занятия сохранился. В такой ситуации недостаточно просто ещё раз повторить план сна. Обсуждают страх отвержения, стыд из-за пропущенных заданий и практический учебный план. Депрессивные симптомы и безопасность также остаются под наблюдением.

На следующем этапе можно выбрать реальный шаг: посетить одно занятие с другом или согласовать задания с преподавателем. Это не одинаковый рецепт для всех пациентов, а пример того, как сделать цель небольшой и проверяемой. Если пациент не может выпол-

нить задание, вместо обвинения выясняют, какая именно часть трудности стала препятствием.

Практический вывод главы: атипичные признаки помогают понять клиническую картину пациента, но сами по себе не определяют код, препарат или прогноз. Профиль приобретает подлинную клиническую ценность, когда полный синдром, течение, сопутствующие факторы и цели пациента оцениваются совместно.

Источники

[40.1] WHO. ICD-10 Clinical descriptions and diagnostic guidelines. F32. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/bluebook.pdf

[40.2] NICE. Bipolar disorder: assessment and management. CG185. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185

[40.3] NICE. Depression in adults. NG222. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

41-ГЛАВА

Психотические и кататонические проявления

1 Разграничение двух понятий

Психоз и кататония — не одно и то же явление. При психозе центральное место могут занимать нарушение оценки реальности, бред или галлюцинации. При кататонии наблюдаются особые изменения психомоторной активности, движений, речи и реакции на внешние воздействия. Они могут сочетаться у одного пациента, однако кататония не относится исключительно к шизофрении или психозу. Она встречается и при аффективных, неврологических, аутоиммунных и других медицинских состояниях. [41.1]

Неправильно сразу называть пациента «психотическим» или «кататоническим» лишь потому, что он очень мало говорит. Тяжелая депрессивная заторможенность, делирий, неврологическое состояние, нарушения слуха и действие лекарств также могут ограничивать общение. Диагноз опирается на специфические признаки и общий клинический контекст.

2 Интервью при психотической депрессии

Могут наблюдаться стойкие ложные убеждения о виновности, катастрофе, нищете, телесной болезни или исчезновении. Однако граница между обычной тревогой и бредом определяется не только темой. Оценивают непоколебимость убеждения, отношение к доказательствам, культурный контекст и соответствие реальности. Опасение «Боюсь, что мне не хватит денег» может быть реалистичным; абсолютная убежденность «Мы все уже разорены, ничто не может этого изменить» при благополучном финансовом положении оценивается иначе.

О галлюцинациях следует спрашивать без осуждения: «Слышите ли вы голоса, которых не слышат другие?», «Приказывают ли эти голоса вам что-либо сделать?» Содержание, ощущение контроля и отношение к опасным приказам важны для оценки безопасности. Оценка существующего риска не должна ограничиваться ответом пациента «нет»: необходимо учитывать его поведение, сведения от близких и клиническое наблюдение.

Дифференциальную диагностику определяют вопросы о том, были ли психотические симптомы вне эпизода расстройства настроения, связаны ли они по времени с употреблением веществ или лекарств, каковы ясность сознания и внимание. Сам по себе психоз

не означает автоматически диагноз шизофрении. Особенно важна временная последовательность аффективных и психотических симптомов.

3 Распознавание кататонии

К кататоническим признакам могут относиться ступор, мутизм, негативизм, удержание позы, восковая гибкость, стереотипии, эхолалия или эхопраксия. Один пациент молчит и неподвижен, другой находится в состоянии сильного возбуждения, не соответствующего внешней ситуации. Для диагноза необходимы установленные диагностические критерии и клиническое обследование; одного симптома недостаточно. Специальная шкала, например шкала Буша–Фрэнсиса, помогает систематически фиксировать признаки, но не заменяет медицинской оценки.

Опасно истолковывать мутизм как «не хочет разговаривать», а негативизм как «упрямство». Даже неподвижный пациент может понимать разговоры вокруг него. Необходимо уважительно общаться с ним, объяснять каждое действие при осмотре и сохранять его достоинство.

4 Когда нельзя медлить?

Отказ от пищи и жидкости, обезвоживание, длительная неподвижность, лихорадка, вегетативная нестабильность, ригидность, изменение сознания или быстрое ухудшение требуют экстренной медицинской оценки. Кататония может приводить к тромбозу, аспирации, пролежням и другим осложнениям. При состоянии с лихорадкой и ригидностью разграничивают злокачественную кататонию, злокачественный нейролептический синдром и другие медицинские причины. Это не ситуация, в которой можно ограничиться амбулаторным «успокоением».

Обследование на энцефалит, судорожные состояния, метаболические нарушения и действие лекарств организуют с учетом клинического контекста. Нужен не одинаковый набор исследований для всех пациентов, а целенаправленная оценка, соответствующая анамнезу, осмотру и срочности ситуации.

5 Принципы лечения

При психотической депрессии необходимы специализированная психиатрическая помощь и согласованное лечение. В клиническом обсуждении могут рассматриваться сочетание антидепрессанта с антипсихотиком или, в соответствующих случаях, ЭСТ. Выбор зависит от риска, предшествующего ответа, предпочтений пациента, соматического

состояния и способности принимать решения. Даже после уменьшения психоза продолжают наблюдать за депрессией, функциональным восстановлением и риском рецидива. [41.2]

При кататонии к основным клиническим методам относятся специальная диагностическая проба/лечение бензодиазепинами и ЭСТ. Их применяют под наблюдением специалиста, с мониторингом и учетом противопоказаний. Простое повышение дозы антипсихотика не является универсальным правильным решением при кататонии и в некоторых случаях может повышать риск. Одновременно с выявлением основного заболевания обеспечивают питание и поступление жидкости, предупреждают осложнения неподвижности и контролируют соматические риски. Следует также открыто говорить о том, что часть доказательств по кататонии основана на наблюдательных исследованиях и клинических сериях. [41.1]

6 Две клинические ситуации

Первый пациент на фоне тяжелой депрессии убежден: «У меня все внутри сгнило, есть нельзя», и перестал есть. Это не просто снижение аппетита: присутствуют психотическое убеждение и угрожающее жизни нарушение питания. Необходима срочная оценка специалиста.

Второй пациент в последние дни не разговаривает, сидит неподвижно и долго удерживает руку в приданном ей положении. Наличие депрессии в прошлом не должно приводить к тому, что кататония скрывается за общей записью «депрессия усилилась». Кататонические признаки проверяют систематически, оценивают медицинские причины и осложнения. В обеих ситуациях близким объясняют, что нельзя обвинять пациента и пытаться насильно «привести его в чувство» дома.

7 Связь психотического содержания с настроением

В психотическом содержании, соответствующем депрессивному настроению, могут встречаться темы вины, наказания, нищеты, катастрофы или исчезновения тела. Возможно и содержание, не соответствующее настроению. Это различие помогает клиническому описанию и дифференциальной диагностике, но само содержание не определяет весь диагноз. Изучают временную связь психоза с эпизодом расстройства настроения, предшествующее течение и другие признаки.

Грубо отвергать убеждение пациента или «побеждать» его в споре не является терапевтической целью. Врач признает страдание, но не подтверждает бредовое содержание как истину. Например: «Я понимаю, что для вас это ощущается очень отчетливо и страшно. Сейчас мы организуем помощь, чтобы вы были в безопасности и могли питаться». Такой подход сочетает сочувствие с опорой на реальность.

Источники информации

При психозе или кататонии пациент может быть не в состоянии сообщить полный анамнез. С учетом согласия, конфиденциальности и правовых требований важными источниками становятся близкие, предыдущие медицинские записи и список лекарств. Уточняют, когда начались симптомы, когда пациент в последний раз принимал пищу и жидкость, какие лекарства принимал, были ли лихорадка или судороги. Общие сведения «со вчерашнего дня плохо» необходимо преобразовать в точную временную последовательность.

Способность принимать решения оценивается применительно к конкретному решению. Наличие диагноза психоза не означает автоматически неспособность принимать любые решения. Выясняют, какие трудности пациент испытывает при понимании, удержании и сопоставлении информации и выражении своей воли. Получение согласия и, при необходимости, экстренную помощь организуют в соответствии с местным законодательством и профессиональными стандартами; клиническое удобство не служит основанием для обхода прав пациента.

8 Систематизация обследования на кататонию

При обследовании на кататонию сочетают пассивное наблюдение, общение и соответствующий неврологический/физикальный осмотр. Помимо мутизма, неподвижности или возбуждения ищут принятие необычных поз, эхо-феномены, стереотипии и другие специфические признаки. Шкала полезна для повторной оценки одних и тех же признаков, но сам балл не устанавливает причину. В клинической записи указывают, какой признак и каким образом наблюдался, а также другие возможные объяснения.

Нельзя проверять, «есть ли реакция», болезненными или опасными для пациента способами. Осмотр должен быть уважительным, осторожным и медицински обоснованным. Следует помнить, что при кататонии внутреннее понимание может сохраняться даже при скудной внешней реакции. Обсуждать пациента в его присутствии так, словно его нет, означает нарушать его достоинство и может повредить дальнейшим терапевтическим отношениям.

9 Кататония, делирий и неврологические состояния

Колебания внимания и сознания, нарушение ориентировки и острое соматическое заболевание заставляют предположить делирий. У некоторых соматических пациентов кататонические и делириозные признаки могут сочетаться, поэтому один диагноз не должен мешать распознаванию другого. В клиническом контексте проверяют бессудорожный эпилептический статус, энцефалит, метаболические нарушения и лекарственно-обусловленные синдромы. Роль ЭЭГ, визуализации или лабораторных исследований определяется анамнезом и осмотром.

Опасно откладывать соматическое обследование, считая кататонию исключительно психиатрической проблемой. Вместе с тем отсутствие помощи при кататоническом синдроме до завершения всех исследований также может увеличивать число осложнений.

Уточнение диагноза, симптоматическое лечение и профилактику осложнений проводят параллельно. Важна согласованная помощь психиатрической и общемедицинской команды.

10 Уход в стационаре — тоже лечение

Регулярно оценивают баланс жидкости, питание, жизненные показатели, состояние кожи, риски неподвижности и аспирации. Профилактику тромбоэмболии, мобилизацию и другие меры назначают в соответствии с общемедицинским протоколом и индивидуальным риском. Эти мероприятия не являются второстепенной работой, отделенной от «основного психиатрического лечения». При кататонии или тяжелой депрессии соматические осложнения могут непосредственно влиять на прогноз.

Неправильно полностью перекладывать ответственность на семью словами «попробуйте его покормить». При нарушении глотания и риске аспирации принудительное кормление через рот может быть опасным. Способ питания оценивает медицинская команда. Семья при этом остается важным партнером в сборе анамнеза, привычном для пациента общении и реабилитации.

11 Корректное обсуждение ЭСТ

Страхи перед электросудорожной терапией могут быть связаны с историческими образами и неверной информацией. Современную процедуру проводят в соответствующих медицинских условиях, с анестезией и мониторингом. На понятном пациенту языке обсуждают, в каких обстоятельствах и почему ее рассматривают, альтернативы, возможную пользу и риски, в том числе когнитивные побочные эффекты. Эта глава не заменяет согласия на конкретную процедуру.

Откладывать ЭСТ, строго придерживаясь правила «только когда ничто другое не помогло», в некоторых угрожающих жизни состояниях может быть неправильно. Напротив, автоматически предлагать ее при каждом тяжелом симптоме расстройства настроения тоже неверно. Совместно оценивают необходимость быстрого ответа, предшествующий ответ, клинические показания, риск и предпочтения пациента. После процедуры также планируют продолжение лечения и профилактику рецидива.

12 Потребности после восстановления

После уменьшения психоза или кататонии пациент может вспоминать пережитое со страхом, стыдом или непониманием. Ему предоставляют понятное клиническое объяснение, возможность задавать вопросы и дальнейший план. Семье объясняют, что вывод

«теперь он разговаривает, значит, полностью выздоровел» преждевременен. Наблюдают за депрессивными симптомами, когнитивными функциями, побочными эффектами лекарств и самостоятельностью в повседневной жизни.

Согласовывают ранние признаки рецидива, план приема лекарств и порядок повторного обращения. Неправильно как сразу объявлять остаточную усталость или жалобы на память новой болезнью, так и полностью их отрицать. Поэтапная реабилитация и клинический мониторинг помогают пациенту безопасно вернуться к прежней роли.

13 Клиническая проверка для читателя

Какие сведения отличают психотическое убеждение от обычной тревоги? Какие альтернативные причины мутизма существуют? Какие соматические осложнения кататонии требуют быстрых действий? Ответ должен содержать не название симптома, а наблюдение, временную последовательность, риск и следующий медицинский шаг. При психотических и кататонических состояниях диагностическая точность и срочность не противоречат друг другу: меры безопасности начинают одновременно с уточнением состояния.

14 Что указывают в экстренном направлении?

Запись в направлении только «тяжелая депрессия» может не дать принимающей команде достаточной информации. Приводят конкретные сведения о психотическом содержании, кататонических признаках, приеме пищи и жидкости, длительности неподвижности, жизненных показателях, изменениях лекарственной терапии и безопасности. Разграничивают сведения от пациента и от близких. Неизвестное не заполняют предположениями.

Например: «За последние два дня принимал очень мало жидкости; речь практически отсутствует; при осмотре наблюдалось удержание позы; список лекарств прилагается; сведений о лихорадке нет». Эта запись показывает срочность, даже не устанавливая заранее окончательного диагноза. Принимающий специалист понимает, почему требуется быстрая оценка. Способ транспортировки и наблюдения также организуют с учетом риска для пациента.

15 Разбор клинических ошибок

Первая ошибка: воспринимать мутизм как отказ от сотрудничества. Исправление: проверить психомоторные, неврологические и общемедицинские причины. Вторая ошибка: оценивать психотическую виновность как выраженную самокритику. Исправление: рас-

спросить о непоколебимости убеждения, отношении к доказательствам и влиянии на поведение. Третья ошибка: видеть в неподвижности только «тяжелое настроение». Исправление: целенаправленно оценить кататонию и соматические осложнения.

Четвертая ошибка: автоматически повышать дозу антипсихотика при любом возбуждении. Исправление: вновь рассмотреть акатизию, кататонию, делирий, влияние веществ и медицинские причины. Пятая ошибка: слишком рано прекращать наблюдение, когда пациент начал говорить. Исправление: продолжать работу с основным эпизодом, функционированием, питанием, когнитивным состоянием и планом предупреждения рецидива. Изучение этих ошибок служит не поиску виноватых, а повышению безопасности клинического процесса.

16 Границы компетенции психолога и других специалистов

Если психолог или занимающийся психотерапией специалист, не являющийся врачом, замечает признаки психоза, кататонии или серьезной неспособности заботиться о себе, он обеспечивает безопасность в пределах своих полномочий и направляет на медицинскую оценку. Нельзя пытаться лечить такое состояние только психологическими упражнениями или мотивационной беседой. При этом не обязательно пугать пациента и резко обрывать контакт; следующий шаг помощи следует ясно объяснить.

После медицинской стабилизации психологическая помощь вновь занимает важное место. Можно работать с пережитым пациентом опытом, стыдом, семейными отношениями и реабилитацией. При согласованной помощи каждый специалист знает свою роль, а пациент переходит из одной службы в другую без потери преемственности. Тяжесть клинического состояния не уменьшает, а, напротив, увеличивает потребность в человечном общении.

Источники

[41.1] Rogers JP et al. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia. Journal of Psychopharmacology. 2023. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37039129/

[41.2] NICE. Depression in adults. NG222: psychotic depression and ECT. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

42-ГЛАВА

Лекарственно-индуцированные дисфория, апатия и эмоциональное притупление

Выяснение источника симптома

На фоне лечения могут появиться жалобы: «Теперь я не плачу, но и не радуюсь», «Я спокоен, но ничего не хочу делать». Это может быть остаточная депрессия, побочный эффект, нарушение сна, другое заболевание или сочетание нескольких факторов. Прерывать рассказ пациента словами «Болезнь прошла, теперь будьте благодарны» означает снижать доверие к лечению.

Дисфория преимущественно обозначает неприятное внутреннее состояние, беспокойство или раздражительность. При апатии снижаются целенаправленная активность и инициатива. Ангедония означает снижение способности получать удовольствие. При эмоциональном притуплении может казаться, что одновременно угасли и положительные, и отрицательные чувства. Эти понятия могут дополнять друг друга, но не тождественны. Для лечения необходимо определить, какое явление преобладает.

1 Временная последовательность — наиболее полезный инструмент

Какой симптом присутствовал до начала приема лекарства? Какой появился после изменения дозы? Улучшились ли сон и тревога, но снизилась инициатива? Не добавились ли одновременно другой препарат, алкоголь или седативное средство? Эти вопросы позволяют сделать вероятностное заключение о причине. Одни лишь сведения о том, что «у этого лекарства бывает такой побочный эффект», не доказывают причину у конкретного пациента.

Если заносить в таблицу название лекарства, дату изменения дозы, время появления симптома, влияние на деятельность и сопутствующие средства, динамика становится яснее. С согласия пациента можно получить наблюдения близких. Однако оценку семьи «стал спокойнее» не следует приравнивать к улучшению качества жизни пациента.

2 Акатизия, паркинсонизм и седация

При акатизии возникают внутренняя потребность двигаться, невозможность усидеть на месте и беспокойство. Если принять это за тревогу или «усиление психоза» и увеличить дозу препарата, состояние может ухудшиться. Совместно оценивают временную связь с лекарством, субъективное внутреннее беспокойство и объективные двигательные признаки. Выраженная акатизия может причинять очень тяжелое страдание, поэтому проверяют и безопасность. [42.1]

При лекарственном паркинсонизме замедленность движений и обеднение мимики внешне напоминают апатию. При седации могут преобладать сонливость и снижение внимания. Неправильно усиливать лечение, принимая все эти состояния за «сохраняющуюся депрессию». Проверяют неврологический статус, распределение суточной дозы, одновременно принимаемые лекарства и соматические факторы.

3 Антидепрессанты и эмоциональное притупление

Некоторые пациенты отмечают сужение диапазона чувств на фоне серотонинергических антидепрессантов. При этом бывает трудно разграничить действие лекарства и остаточную депрессию. В исследовании эсциталопрама у здоровых участников изменились некоторые показатели обучения, основанного на вознаграждении и наказании; этот результат не доказывает, что эмоциональное притупление возникает у каждого пациента или что препарат необходимо отменять. [42.2]

При жалобе «Грусть уменьшилась, но и интерес пропал» обсуждают, какой результат важен для пациента. С учетом оставшихся симптомов депрессии, дозы, продолжительности лечения и риска рецидива план может быть изменен под наблюдением специалиста. Самовольное резкое прекращение приема может вызвать симптомы отмены и рецидив. Симптомы отмены также не следует автоматически обозначать как «болезнь вернулась».

4 Практический алгоритм принятия решений

Первый шаг: оценить безопасность и выяснить, нет ли сильной ажитации, новых суицидальных мыслей, мании, делирия или серьезных неврологических симптомов. Второй шаг: феноменологически описать жалобу пациента. Третий шаг: составить временную последовательность приема лекарств и симптомов. Четвертый шаг: оценить остаточные симптомы депрессии, сон, соматические заболевания и употребление веществ. Пятый шаг: обсудить с пациентом соотношение пользы и побочных эффектов и определить план наблюдения.

План может включать пересмотр дозы или вида лекарства, времени приема, анализ сопутствующих седативных средств и немедикаментозную помощь. Если фиксировать, какое изменение и когда было сделано, последующий результат легче интерпретировать. Одновременное изменение многих лекарств затрудняет понимание того, какой фактор подействовал.

5 Клинический пример

Панические симптомы у пациента уменьшились, но после повышения дозы он говорит: «Работу я выполняю, но даже на дне рождения ребенка ничего не чувствовал». Эту жалобу фиксируют как важный клинический результат. В беседе проверяют прежнюю ангедонию, нынешнее настроение, инициативу, сон и другие принимаемые средства. С пациентом обсуждают плановую повторную оценку и возможное изменение лечения. Ему не предлагают ни пугающего заключения, что лекарство «повредило мозг», ни обесценивающего «Не думайте об этом».

6 Восстановление списка лекарств

Пациент может считать, что «принимает только одно лекарство», но не упоминать как лекарства средство для сна, обезболивающее, противоаллергический препарат, растительную добавку или алкоголь. Поэтому отдельно спрашивают о рецептурных и безрецептурных средствах, добавках, времени приема и последних изменениях. По возможности проверяют упаковку или письменный список. Важны не торговое название, а действующее вещество и фактический режим приема.

Назначение лекарства не означает, что пациент принимал его точно по указанной схеме. Уменьшение дозы из страха побочных эффектов, пропуски или дополнительный прием при усилении симптомов влияют на динамику. Об этом следует спрашивать без осуждения: «Многим людям трудно принимать лекарство каждый день одинаково. Как было у вас?» Обвинительный вопрос может привести к сокрытию информации.

7 Выражение причинной связи как вероятности

Появление симптома после начала приема лекарства важно, но не является достаточным доказательством. Одновременно могут произойти ухудшение заболевания, нарушение сна или новый стресс. Вместе рассматривают связь с дозой, наличие такого эффекта при предыдущем приеме, другие возможные объяснения и динамику после запланированного изменения. В клинической записи сохраняют четко обозначенную неопределенность: «вероятно, связано с лекарством», «возможна также остаточная депрессия».

Нельзя принуждать пациента к заведомо опасному повторному приему ради доказательства побочного эффекта. В некоторых случаях сама предшествующая тяжелая реакция служит основанием избегать повторного назначения препарата. Снижение дозы или замену лекарства также планируют не как диагностический эксперимент, а ради пользы и безопасности пациента. Решение опирается на индивидуальные клинические сведения.

8 Остаточная депрессия и эмоциональное притупление

При остаточной депрессии наряду с ангедонией могут сохраняться безнадежность, самообвинение, сниженное настроение и трудности функционирования. При эмоциональном притуплении пациент иногда говорит: «И печаль, и радость уменьшились». Однако это различие не абсолютно, и у одного пациента могут присутствовать оба состояния. Поэтому на основании одного вопроса или шкалы нельзя делать вывод, что виновато лекарство.

Для пациента цель состоит не только в том, чтобы перестать плакать, но и в возвращении к значимым отношениям и деятельности. Даже при улучшении показателей шкалы депрессии пациент может быть недоволен своей эмоциональной жизнью. Неправильно отвергать эту жалобу словами «Но балл ведь хороший». Совместно обсуждают, как он себя чувствует, какие изменения считает полезными или неудобными и какой риск готов принять.

9 Синдром отмены и рецидив

При снижении дозы антидепрессанта или пропуске приема могут возникать головокружение, неприятные сенсорные ощущения, изменения сна и тревоги. Они неодинаковы у разных людей и зависят от препарата, длительности приема и темпа снижения дозы. Оценивают временную связь симптома с изменением дозы, его характер и сходство с прежней депрессией. Отмена и рецидив могут происходить одновременно.

Общее объяснение «Вы привыкли к лекарству» может ошибочно приравнять отмену антидепрессанта ко всем характеристикам зависимости от веществ. Пациенту нужны точное объяснение и индивидуальный план постепенного снижения дозы. Совет избегать резкой отмены не означает, что лекарство нужно принимать вечно. Решения о продолжительности и прекращении лечения связаны с ремиссией, риском рецидива, побочными эффектами и предпочтениями пациента. [42.3]

10 Оценка лекарственно-обусловленной апатии через функционирование

Снижение инициативы по-разному проявляется в способности пациента помнить о цели, составлять план, начинать и продолжать действие. Он может говорить «Хочу, но не могу начать» или не чувствовать значимости задачи. Чтобы понять это состояние, расспрашивают о реальном дне: что он делает после пробуждения, кто ему напоминает, какие задачи начинает сам и какие вызывают трудности. Простой записи «низкая мотивация» недостаточно.

На инициативу также влияют неврологические заболевания, когнитивные нарушения, сон, седация и социальные возможности. Если в распорядке пациента нет значимой деятельности или ресурсов, одной замены лекарства может оказаться недостаточно для решения всех проблем. План лечения одновременно рассматривает биологические и функциональные факторы. Это не отрицание действия лекарства, а помещение его в правильный контекст.

11 Вопросы о сексуальных и эмоциональных побочных эффектах

Из-за стеснения пациент может сам не сообщить об изменениях либидо, оргазма или близости. Важно спрашивать об этом без осуждения, как об обычном клиническом вопросе. Эти симптомы могут быть связаны с самой депрессией, лекарством, гормональными или соматическими факторами и отношениями. Оценивают их временную последовательность и значение для пациента.

Значимость побочного эффекта для пациента может отличаться от предположения врача. Один человек принимает легкую сонливость, но не готов принять снижение эмоциональной близости. Другой сильно боится рецидива и не хочет менять лекарство. При совместном решении эти приоритеты открыто обсуждают. Правильный план должен соответствовать не только рецепторному профилю, но и жизни человека.

12 Расширенный случай: избегать множества одновременных изменений

Пациент 46 лет обращается со словами «Теперь ничего не интересно». Ему назначены антидепрессант, седативное средство на ночь и недавно новый препарат от боли. Снижение настроения заметно уменьшилось, но дневная сонливость усилилась после нового препарата. Вместо одновременной замены всех лекарств анализируют их список, время приема, сон и изменения функционирования. Согласовывают, какое изменение будет первым и почему.

При дальнейшем наблюдении сонливость может уменьшиться, а ангедония сохраниться. Это показывает не бесполезность первого шага, а участие нескольких механизмов. План продолжают с учетом новой информации. В клиническом заключении разграничивают наблюдаемый результат и пока неясные аспекты; пациенту не объявляют одну причину с чрезмерной уверенностью.

13 Образец краткой записи для мониторинга

«Жалоба: ослабление положительных и отрицательных чувств. Начало: в течение недель после изменения дозы. Частично похоже на прежнюю ангедонию. Дополнительно: дневная седация, нарушен режим сна. Безопасность оценена. План: согласование списка ле-

карств, одно согласованное изменение и повторный осмотр по конкретным симптомам». Это не готовый диагноз, а пример структурирования информации. В отличие от общей записи «есть побочный эффект», он задает план, который можно проверять и продолжать.

14 Пример согласования решения с пациентом

Сначала врач уточняет пользу: «Какие симптомы уменьшились?» Затем спрашивает о самом важном для пациента побочном эффекте: «Какое изменение больше всего вам мешает?» Далее обсуждают варианты: наблюдение, плановое изменение дозы или препарата, пересмотр сопутствующих средств и немедикаментозная помощь. Открыто называют возможную пользу, риск и неопределенность каждого варианта. Вместо давления на пациента с целью продолжить прием или прекратить его организуют обоснованное сотрудничество.

План должен отвечать на вопрос «При каких изменениях мы свяжемся снова?» Например, сильное беспокойство, новые суицидальные мысли, резкое снижение потребности во сне или серьезные соматические симптомы могут требовать срочной повторной оценки. При обычном наблюдении фиксируют эмоциональный отклик, сон, функционирование и удовлетворенность пациента. Эти данные превращают оценку препарата из случайного впечатления в систематический процесс.

15 Профессиональное функционирование и безопасность

Седация или снижение внимания могут создавать существенный риск при управлении транспортом, работе на высоте и с механизмами. Если не спросить о профессии пациента, этот риск может остаться незамеченным. До выяснения действия лекарства врач обсуждает индивидуальные рекомендации относительно опасной деятельности и местные правила. Оценка «сонливость легкая» имеет неодинаковое практическое значение для офисного работника и человека, управляющего транспортом.

Эмоциональное притупление также может влиять на работу и отношения. В творческой деятельности, уходе за людьми или работе, требующей интенсивного общения, пациент может особенно заметить это изменение. Не следует считать такую жалобу малозначимой лишь потому, что она субъективна. Клинический результат включает не только показатель шкалы симптомов, но и возвращение человека к своей роли.

16 Не отмена, а согласование лечения

Выявление побочного эффекта не означает немедленную отмену лекарства в каждом случае. Одни эффекты могут уменьшаться со временем, другие требуют планового изменения, а третьи — срочной медицинской оценки. Принадлежность к той или иной категории зависит от препарата и симптома. Цель главы — не самостоятельное изменение лечения, а обучение точному и содержательному обсуждению с врачом.

Клиническое заключение сохраняет три отдельных вопроса: насколько улучшилось заболевание, какие неудобства принесло лечение и каков общий результат для пациента? Совместный ответ на эти три вопроса помогает избежать упрощенных решений вроде «чем выше доза, тем лучше результат» или «если есть побочный эффект, лекарство плохое».

Источники

[42.1] Pringsheim T et al. The Assessment and Treatment of Antipsychotic-Induced Akathisia. Canadian Journal of Psychiatry. 2018. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29685069/

[42.2] Langley C et al. Chronic escitalopram in healthy volunteers has specific effects on reinforcement sensitivity. Neuropsychopharmacology. 2023. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36683090/

[42.3] NICE. Depression in adults. NG222: monitoring, side effects and stopping antidepressants. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

43-ГЛАВА

Сезонные, перименопаузальные и возрастные особенности

1 Контекст не заменяет диагноза

Сезон, репродуктивный этап и возраст влияют на проявления депрессии и планирование лечения. Однако общие выражения «осенняя», «климактерическая» или «старческая депрессия» не заменяют полноценного клинического диагноза. Сначала устанавливают, есть ли депрессивный эпизод, является ли он единичным или рекуррентным, присутствуют ли биполярность, психоз, соматические или лекарственно-обусловленные причины. Затем дополнительно описывают особенности, связанные со временем и жизненным этапом.

Этот подход защищает от двух ошибок: немедленного превращения обычных жизненных изменений в болезнь и, наоборот, оставления настоящей депрессии без лечения под предлогом «в этом возрасте так бывает».

2 Сезонный паттерн

При сезонных аффективных особенностях депрессивные эпизоды повторно связаны с определенным временем года, а в другой сезон может наблюдаться облегчение. Однократное снижение настроения осенью не подтверждает сезонный паттерн. Проверяют временную последовательность за несколько лет, внесезонные эпизоды, сезонные стрессы на работе или в семье и режим сна. При зимнем варианте могут усиливаться сонливость и аппетит, при летнем — встречаться другие симптомы; пациенты неодинаковы. [43.1]

Сезонность возможна как при униполярном, так и при биполярном расстройстве. Уточняют, не было ли весной и летом не просто «хорошего самочувствия», а признаков гипомании или мании. Поэтому автоматически приравнивать сезонность к F33.8 неправильно. Учитывают основное расстройство и руководство по кодированию.

Светотерапия в некоторых случаях может быть вариантом лечения, но не любая лампа из интернета равнозначна медицинскому устройству. Оценивают биполярный анамнез, заболевания глаз, препараты, влияющие на фоточувствительность, и время сна. В плане

лечения также обсуждают активность, ритм сна и бодрствования, психотерапию и, при необходимости, медикаментозную помощь. Результат следует оценивать не только по тому, что «вышло солнце», а по динамике симптомов и деятельности.

3 Оценка в перименопаузе

В перименопаузе могут одновременно действовать гормональные изменения, приливы жара, ночная потливость, нарушения сна, семейная и профессиональная нагрузка. Сниженное настроение, усталость и трудности концентрации могут напоминать депрессию. Однако объяснение всего только гормонами может привести к пропуску других причин. Проверяют предшествующие депрессивные эпизоды, чувствительность к репродуктивным периодам, лекарственный и соматический анамнез.

Необходимо разграничивать симптомы настроения, не достигающие критериев депрессии и начавшиеся одновременно с симптомами менопаузы, и полноценное депрессивное расстройство. NICE рекомендует в соответствующих случаях рассматривать гормональную терапию при симптомах первого типа, а при диагностированной депрессии также следовать руководству по депрессии. Это не означает, что гормональная терапия лечит любую депрессию или подходит всем женщинам. Пользу и риск оценивают индивидуально. [43.2]

Сотрудничество гинеколога и психиатра устраняет ложный выбор «либо гормоны, либо психика». Если отдельно наблюдать за сном, вазомоторными симптомами, настроением и повседневной деятельностью, становится яснее, какое лечение повлияло на какую проблему.

4 В пожилом возрасте

У пожилого пациента депрессия может проявляться болью, усталостью, тревогой, жалобами на память или социальным отстранением. Горе, одиночество и физические заболевания важны, однако депрессия не является обязательной частью старения. При беседе учитывают возможности слуха и зрения, темп общения, функциональную самостоятельность и сведения от близких.

Когнитивные жалобы могут сопровождать депрессию; вместе с тем она может сочетаться с нейрокогнитивным расстройством. Не следует прекращать обследование, ограничившись термином «псевдодеменция». Оценивают начало и прогрессирование симптомов, повседневные задачи, изменения сознания и внимания. Внезапные или колеблющиеся изменения внимания/сознания повышают вероятность делирия и требуют экстренного медицинского обследования.

Прием множества лекарств, риск падений, изменения уровня натрия, сердечно-сосудистые и другие заболевания влияют на безопасность лечения. Выбор лекарств и мониторинг адаптируют к этим факторам. Социальные связи, реабилитация и практическая помощь не конкурируют с медикаментозным лечением, а могут быть его важной частью.

5 У подростков

Раздражительность, снижение школьной успеваемости, отдаление от друзей и изменения сна у подростка могут быть признаками депрессии. Однако не всякое сопротивление или частое использование телефона означает депрессию. Оценивают изменение по сравнению с исходным поведением, длительность, страдание и влияние на функционирование. Без осуждения спрашивают о буллинге, насилии, семейной ситуации, употреблении веществ и риске самоубийства.

Личную беседу с подростком и получение информации от семьи организуют сбалансированно. Границы конфиденциальности, особенно в ситуациях, связанных с безопасностью, объясняют заранее. Нельзя механически переносить алгоритм лечения взрослых на детей и подростков; необходимы специальные возрастные рекомендации и мониторинг. [43.3]

6 Клинический пример

Женщина 50 лет жалуется на сниженное настроение на фоне приливов и бессонницы. Если беседа выявляет двухмесячную ангедонию, чувство никчемности и резкое снижение трудоспособности, нельзя ограничиваться объяснением «это климакс». Симптомы менопаузы и депрессивный эпизод оценивают параллельно. И наоборот, пациентке, у которой сон нарушен только из-за ночной потливости, а днем сохраняются интерес и эмоциональный отклик, не ставят диагноз депрессии автоматически.

Сезон, репродуктивный период и возраст обогащают диагноз, но не заменяют его. Их главная практическая ценность состоит в правильных вопросах, выявлении риска и адаптации лечения к жизни пациента.

7 Проверка сезонности с помощью дневника

Воспоминания за несколько лет иногда сохраняют самый тяжелый эпизод, размывая другие периоды. Отметки в календаре об эпизодах расстройства настроения, сне, рабочей или учебной нагрузке, отпуске, утратах и изменениях лекарств помогают уточнить паттерн. Например, ухудшение каждую зиму может быть связано с уменьшением освещенности, но в этот же период могут повторяться максимальная нагрузка на работе или семейный конфликт. Эти факторы не исключают друг друга.

Дневник не должен принуждать пациента к постоянному самоконтролю. Достаточно краткой полезной информации: время сна, значимые изменения настроения и активности, клинические эпизоды. Цель — не превращать каждое колебание настроения в болезнь, а увидеть действительно повторяющуюся связь. При наличии внесезонных эпизодов их также фиксируют полностью.

8 Сезонный профилактический план

Если предшествующие эпизоды повторялись в определенный сезон, с пациентом можно составить план повторного осмотра до его начала и наблюдения за ранними признаками. Полезно обсуждать поддержание ритма сна и бодрствования, дневную деятельность, социальные контакты и лечение, ранее приносившее результат. Это не означает автоматического ежегодного начала одного и того же лекарства или процедуры; текущее состояние и риск оценивают заново.

Поскольку при светотерапии важны время и характеристики устройства, общей рекомендации «включайте яркий свет» недостаточно. Особенно при биполярном анамнезе, если наблюдаются сокращение сна, рост энергии и импульсивности, план оперативно пересматривают. Эффективность и побочные эффекты отслеживают одновременно. Не следует откладывать клиническую помощь, лишь ожидая смены сезона.

9 Карта симптомов в перименопаузе

Если в клинической записи отдельно фиксировать вазомоторные симптомы, сон, настроение, когнитивные жалобы, сексуальные и урогенитальные симптомы, они не теряются под одним общим словом «климакс». Спрашивают, какой симптом начался первым и какой больше всего ограничивает повседневную жизнь. Важны также работа пациентки, обязанности по уходу, отношения с партнером и предшествующий психиатрический анамнез.

Трудности внимания или памяти в перименопаузе могут пугать пациентку: «Не началась ли деменция?» Объясняют влияние сна, тревоги и депрессии на когнитивные функции, но не игнорируют прогрессирующие или необычные признаки. Обследование основывается на клинических показаниях. Один результат гормонального анализа не является универсальным ответом, объясняющим все психологическое состояние.

10 Согласование гормонального и психиатрического лечения

При рассмотрении гормональной терапии оценивают симптомы менопаузы, индивидуальный медицинский риск, противопоказания и предпочтения пациентки. При психиатрическом лечении учитывают тяжесть депрессии, предшествующий ответ, безопасность

и побочные эффекты. Важно согласовать список лекарств между специалистами. Пациентка не должна оказаться между двумя разными объяснениями и противоречащими друг другу планами.

Представления «Если назначены гормоны, антидепрессант не нужен» или «Если есть депрессия, гормональными симптомами заниматься необязательно» не всегда верны. Несколько проблем можно лечить параллельно. Если четко определить цель и результат каждого вмешательства, уменьшается как необоснованное добавление препаратов, так и упущение необходимой помощи. [43.2]

11 Функциональный анамнез у пожилого пациента

При оценке когнитивных жалоб вместо общего «У вас плохая память?» спрашивают о конкретных задачах: приеме лекарств, платежах, приготовлении пищи, транспорте, встречах и ориентировании на местности. Важно, какие задачи прежде выполнялись самостоятельно и когда это изменилось. Сведения близких добавляют с согласия пациента и в рамках конфиденциальности. При депрессии человек может остро ощущать свои трудности, но это автоматически не исключает нейрокогнитивного расстройства.

Пациент с ограничениями слуха или зрения может не понять вопрос. Прежде чем истолковывать это как снижение памяти или интеллекта, корректируют условия общения. Помочь могут письменные инструкции, увеличенный шрифт, медленная и четкая речь. Когнитивный тест также интерпретируют с учетом языка, образования и сенсорных возможностей. Один балл не отражает всех способностей пациента.

12 Безопасность с учетом возраста

У пожилого пациента в оценку безопасности включают проживание в одиночестве, соматические заболевания, боль, утрату близких и доступ к средствам причинения вреда. У подростка могут быть важны буллинг, семейный конфликт, импульсивность, вещества, интернет-среда и история самоповреждений. Эти перечни не являются формулой автоматического расчета риска. Текущее состояние и ресурсы каждого человека выясняют в непосредственной беседе.

Форму участия семьи также адаптируют к возрасту. Объясняют потребность подростка в личной беседе и границы конфиденциальности. У пожилого пациента помощь близких не должна необоснованно ограничивать его автономию. Баланс поддержки и контроля определяется реальными возможностями пациента и риском.

13 Школьный и семейный контекст у подростка

Снижение школьной успеваемости может быть следствием депрессии, но причиной также могут быть учебные трудности, проблемы внимания, тревога, буллинг или семейная ситуация. Диагноз не ставят только по оценкам. Спрашивают о контактах с друзьями, интересах, сне, аппетите, самооценке и отношении к будущему. Собственное мнение подростка выслушивают отдельно от рассказа родителей.

План лечения может включать сотрудничество с семьей и, при необходимости, образовательным учреждением, однако передача личной информации проводится в соответствии с согласием и правовыми требованиями. Автоматический подход «пусть знают все учителя» может усиливать стигму. Цель — обеспечить необходимые адаптации и поддержку, не раскрывая излишне личную жизнь ребенка.

14 Сопоставление клинических случаев

Один пожилой пациент после смерти близкого стал меньше есть и перестал выходить из дома. У него совместно оценивают горе, депрессию, соматическую слабость и социальные ресурсы. Если у другого пациента в течение нескольких дней возникли колебания внимания и ориентировки, нельзя принимать это за «старческую депрессию»; проверяют острые медицинские причины. Даже при одинаковом возрасте клинические маршруты различаются.

Разграничение симптомов сна и настроения у пациентки в перименопаузе, сопоставление раздражительности подростка с его обычным поведением, оценка функционирования пожилого пациента опираются на один общий принцип: жизненный этап — важный контекст, но не готовый диагноз. В центре решения остаются прежнее состояние человека, время изменений и его нынешние потребности.

15 Разное значение одного симптома в зависимости от возраста

Бессонница у подростка может быть связана с задержкой ритма сна, школьным стрессом или депрессией, в перименопаузе — с вазомоторными симптомами, в пожилом возрасте — с болью, ночным мочеиспусканием или лекарствами. Этот перечень не задает готовую причину, а направляет вопросы. У каждого пациента проверяют начало симптома, контекст и дневные последствия. Возрастные вероятности обогащают диагностическое мышление, но не должны превращаться в стереотипы.

Аналогично социальное отстранение у подростка может быть связано с избеганием буллинга, у взрослого — с ангедонией, у пожилого пациента — с ограничениями слуха или движений. Возможно и сочетание нескольких факторов. Следует избегать двух поспеш-

ных выводов: «Перестал выходить, значит, депрессия» и «Пожилой, это естественно». Уточняют прежний уровень функционирования и причину изменения.

16 Адаптация плана наблюдения к жизни

Пожилой пациент может не прийти на прием из-за транспортных проблем или нарушения слуха. Подросток зависит от школы и рабочего графика родителей. Женщина в перименопаузе может одновременно нести нагрузку работы, заботы о детях и пожилых близких. Если не обсуждать реальные возможности наблюдения, неявку ошибочно истолковывают как «не заинтересован в лечении». Онлайн- или очный формат выбирают в соответствии с клинической потребностью и безопасностью.

Письменный план предоставляют на понятном языке, при необходимости крупным шрифтом и в виде коротких шагов. При участии помогающего человека сохраняют согласие и автономию пациента. План не ограничивается приемом лекарств, а включает сон, активность, поддержку и признаки, требующие повторного обращения. Уменьшение практических препятствий способствует эффективности клинического лечения.

Завершающее задание главы: какие разные вопросы вы зададите пациентам трех возрастных групп с одинаковой жалобой на «усталость и бессонницу»? Наряду с возрастными факторами ответ должен сохранять во всех группах оценку депрессивного синдрома, соматических причин, лекарств, безопасности и функционирования. Возрастная адаптация — не отмена общего клинического стандарта, а его применение к конкретному человеку.

Источники

[43.1] NIMH. Seasonal Affective Disorder. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/seasonal-affective-disorder

[43.2] NICE. Menopause: identification and management. NG23. https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/chapter/Recommendations

[43.3] NICE. Depression in children and young people. NG134. https://www.nice.org.uk/guidance/ng134



IV

ЧАСТЬ

НЕЙРОБИОЛОГИЯ

44-ГЛАВА

Мозговые сети при депрессии

1 Не один центр, а совместно работающая система

Объяснять депрессию тем, что «один участок мозга не работает», недостаточно. Эмоции, внимание, память, телесные сигналы, решения и мотивация формируются благодаря взаимодействию разных областей. Понятие мозговой сети описывает это сотрудничество. Одна область при разных задачах может работать с разными сетями, поэтому ее название автоматически не объясняет конкретный симптом.

В нейровизуализационных исследованиях выявляют средние различия между группами людей с депрессией и здоровых участников. Однако групповое различие не позволяет поставить диагноз конкретному пациенту. На результат влияют возраст, прием лекарств, сон, длительность заболевания, двигательные артефакты и метод исследования. В обычной клинической практике МРТ или функциональная МРТ не являются универсальным тестом, подтверждающим депрессию. [44.1]

2 Префронтальная кора и передняя поясная кора

Префронтальные области участвуют в управлении вниманием, планировании, рабочей памяти и обработке эмоциональной информации. Трудности принятия решений или невозможность выйти из круга негативных мыслей у пациента с депрессией можно изучать в связи с этими процессами. Однако выражение «префронтальная кора отключилась» неверно и пугает. Активность различается в зависимости от задачи, области и группы пациентов.

Передняя поясная кора также не является однородной структурой с единственной функцией. Ее отделы по-разному участвуют в эмоциональных, мотивационных и когнитивных процессах. Некоторые субгенуальные области широко изучались в исследованиях депрессии и ее лечения. Эти сведения обогащают научную модель, но не гарантируют, что по обычному сканированию можно принять решение «вам нужен именно этот препарат».

3 Амигдала, гиппокамп и островковая кора

Амигдала участвует в обработке значимых сигналов, в том числе связанных с угрозой. Называть ее только «центром страха» означает сужать представление о ее функциях. При депрессии может изменяться чувствительность к негативной эмоциональной информации, однако амигдала не у всех пациентов постоянно активна в одинаковой степени.

Гиппокамп участвует в обработке памяти и контекста. Связи между депрессией, стрессом и гиппокампом многофакторны. Обнаруженные в некоторых исследованиях различия объема не доказывают, что у конкретного пациента нейроны «погибли» или что процесс необратим. Учитывают длительность заболевания, другие факторы и направление причинно-следственной связи.

Островковая кора участвует в восприятии внутренних телесных сигналов, выделении значимой информации и эмоциональном опыте. Эта область важна для понимания того, как мозг объединяет боль, ощущение сердцебиения и внутреннее беспокойство. Однако исследования островковой коры не дают оснований называть физические симптомы «выдуманными».

4 Три крупные функциональные сети

Сеть пассивного режима работы мозга, часто называемая default mode network, участвует во внутренних мыслях, автобиографической памяти и процессах самооценки. Изучалась ее связь с руминацией. Однако это не «сеть плохих мыслей»: она необходима также для здорового планирования и формирования смыслов.

Сети исполнительного контроля участвуют в направлении внимания на задачу, рабочей памяти и организации целенаправленного действия. Сеть значимости, salience network, связана с выделением важного среди внутренних и внешних сигналов и переключением между другими сетями. При депрессии координация этих систем может изменяться. Однако единообразная схема «у всех DMN чрезмерно активна, а сеть контроля снижена» скрывает разнообразие исследований. В метаанализах также встречаются усиление и снижение связности в разных участках. [44.1; 44.2]

5 Система вознаграждения и ангедония

Ожидание вознаграждения, его получение, обучение на его основе и движение к цели — разные процессы. В них участвуют вентральный стриатум и связанные с ним фронтальные сети. Пациент может испытывать некоторое удовольствие во время приятной встречи, но затрудняться в ее предвкушении или поиске сил, чтобы на нее пойти. Поэтому единственный вопрос «Вам ничего не нравится?» не раскрывает ангедонию полностью.

В практическом интервью можно спрашивать раздельно: «Вам приятно чего-то ожидать?», «Когда начинаете, получаете удовольствие?», «Трудно найти силы, чтобы начать?» Это помогает уточнить клинический план и без нейровизуализации. Планирование небольших значимых действий при поведенческой активации может соответствовать этим функциональным различиям, однако неправильно гарантировать, что она «восстанавливает определенную сеть».

6 Объяснение пациенту и клинические границы

Приемлемое объяснение: «При депрессии возможны изменения работы систем, регулирующих эмоции, внимание, сон и мотивацию. Это не безволие. Однако ваше состояние нельзя объяснить одним снимком или одним веществом». Неприемлемое объяснение: «Ваш мозг уменьшился, поэтому вы такой». Первое дает доверие к помощи и реалистичное понимание, второе ведет к необоснованному фатализму.

МРТ может понадобиться при неврологических признаках, атипичном течении или других клинических показаниях. Ее задача часто состоит в обследовании на другое заболевание. Нейробиология не заменяет клиническое интервью, функциональную оценку и сотрудничество с пациентом, а дополняет их.

7 Структура, активность и связность — разные измерения

Структурная МРТ может изучать объем, толщину или другие анатомические показатели. При функциональной МРТ нервную активность оценивают косвенно, по сигналу, связанному с насыщением крови кислородом. Это не прямое измерение каждого импульса нейрона. Исследователь может анализировать ответ во время выполнения задачи или совместные изменения сигналов разных областей в состоянии покоя.

Функциональная связность показывает статистическую взаимосвязь двух сигналов. Сама по себе она не доказывает наличия прямого анатомического пути между двумя областями или того, что одна причинно управляет другой. Результат «связность усилилась» не всегда хорош или плох: важны задача, сеть и клинический контекст. При объяснении результатов исследования пациенту эти различия не должны теряться.

8 От группового различия к индивидуальному диагнозу

Даже если средние показатели двух групп различаются, их индивидуальные результаты могут значительно перекрываться. Например, среднее снижение определенной связности в группе с депрессией не означает, что она низкая у каждого пациента и высокая у каж-

дого здорового человека. Для индивидуального теста необходимы проверка на независимой выборке, оценка чувствительности, специфичности, калибровки и реальной клинической пользы.

Модель машинного обучения может показывать хорошие результаты на исследовательских данных, но не воспроизводиться в другой клинике, на другом сканере или в другой популяции. Важны и такие методологические проблемы, как переобучение, малая выборка и утечка данных. Поэтому утверждение «искусственный интеллект определит тип депрессии по вашему скану» не принимают без клинического подтверждения и регуляторного статуса. Технологическая сложность не заменяет доказательств.

9 Понимание руминации в сетевой модели

При руминации человек вращается вокруг одних и тех же негативных вопросов: «Почему я такой?», «Почему я все испортил?» Хотя это может напоминать практическое решение проблемы, чаще всего оно не приводит к новому решению. Здесь совместно участвуют процессы внутренней самооценки, переключения внимания и обработки эмоциональной информации. Исследования сети пассивного режима и сетей контроля предлагают модель для понимания этих процессов.

На практике мы оцениваем руминацию не по названию сети, а по ее функции: когда она начинается, сколько времени занимает, как меняет настроение и каким действиям мешает. Вместо слов «У вас сильная DMN» практичнее объяснить пациенту: «Ваши мысли возвращаются не к решению, а к одним и тем же обвинениям». Нейробиологическая модель не отрицает психологических навыков.

10 Ожидание вознаграждения и действие

Одна составляющая ангедонии может быть связана с предвкушением приятного результата, другая — с удовольствием от результата, еще одна — с затратой усилий на действие. Пациент получает некоторое удовольствие при просмотре фильма, но ему трудно спланировать поход в кино и выйти из дома. Другой пациент старается пойти, но во время самого события не чувствует никакого удовольствия. Эти различия уточняют цель лечения.

В клиническом плане небольшая реалистичная деятельность и наблюдение за результатом могут помочь пациенту выйти из круга «если нет мотивации, ничего нельзя сделать». Однако не каждое действие обязательно сразу приносит радость. Сначала могут восстановиться упорядоченность, ощущение смысла или связи с другими. Модель системы вознаграждения не служит основанием для принуждения пациента или упрощенных советов вроде «повышайте свой дофамин».

11 Стресс, контекст и память

Гиппокамп и связанные с ним системы участвуют в обработке события в контексте времени и ситуации. При стрессе внимание к негативной информации и память могут изменяться. Пациент с депрессией может легко вспоминать прошлые ошибки и с трудом — положительные события. Это не означает нарушения всех компонентов памяти или намеренно негативной интерпретации событий.

Травматическая память, депрессивная руминация и нейрокогнитивное расстройство — не одно и то же. Возможны общие нейробиологические черты, но необходимость клинической дифференциальной диагностики сохраняется. Если у пациента появилась новая прогрессирующая проблема с памятью, нельзя объяснять ее только депрессией. Нейропсихологическую или неврологическую оценку организуют по клиническим показаниям.

12 Телесные сигналы и негативная интерпретация

Островковая кора и сети значимости участвуют в восприятии внутренних сигналов и придании им значения. Одинаковое сердцебиение один человек может воспринимать как обычное следствие физической активности, а другой — как признак опасности. Это различие является совместным результатом биологического сигнала, прежнего опыта, внимания и интерпретации. «Обрабатывается в мозге» не означает, что симптом воображаемый: весь чувственный опыт формируется через нервную систему.

Изучение общих межсетевых процессов при боли и депрессии может объяснять интегративное лечение. Однако нейровизуализация не является простым детектором, решающим, настоящая боль у пациента или ложная. В клинической работе сохраняются уважение к жалобе, медицинское обследование и функциональная помощь. Научный термин не должен становиться инструментом отрицания опыта пациента.

13 Объяснение нейропластичности без чрезмерных обещаний

Мозг может меняться под влиянием опыта, обучения, сна и лечения. Нейропластичность обозначает эту способность к изменениям. Однако обещания «перепишем мозг» или «восстановим сеть за один сеанс» научно неточны. Направление изменений и их клиническое значение зависят от метода, длительности, человека и способа измерения.

Возможность изменения показателей сканирования после психотерапии или лекарственного лечения не равнозначна автоматически клинической пользе лечения. Важные для пациента результаты — симптомы, функционирование, качество жизни и безопасность.

Необходимо спрашивать, связано ли изменение биомаркера с клиническим улучшением, воспроизводилось ли оно в независимых исследованиях и улучшает ли принятие решений. Фраза «влияет на мозг» сама по себе не доказывает эффективности.

14 Как критически читать статью

Читатель спрашивает, кто участвовал в исследовании, принимали ли участники лекарства, какая задача или какое состояние покоя измерялись, каковы размер выборки и наличие независимого воспроизведения. Является ли результат корреляцией с симптомом или позволяет заранее предсказать исход лечения? Равна ли статистическая значимость клинической? Меняют ли вывод разные методы анализа? Эти вопросы нужны не для отрицания нейронауки, а для правильного ее использования.

Клинический вывод остается следующим: депрессия — сложное состояние с биологическими основами, но ее нельзя полностью объяснить одной сетью, сканом или цветной картой. Знание о сетях мозга может уменьшать обвинение пациента и обогащать клиническое мышление. Его ценность не в обещании чрезмерной точности, а в объединении информации разных уровней.

15 Клинический случай: пациент с цветной картой

> Пациент показывает цветную карту мозга, полученную в частном центре, и спрашивает: «Здесь красное, значит, это опасно?» Сначала врач выясняет, какой метод использован, что сказано в заключении и с какой целью проводилось исследование. Цвета часто отражают определенную статистическую шкалу и сами по себе не означают «больной», «здоровый», «активный» или «мертвый». Заключение не интерпретируют без клинического контекста.
>
> Страх пациента признают, но на основании карты не дают необоснованного диагноза или прогноза. При наличии реального неврологического показания или радиологической находки получают заключение соответствующего специалиста. Оценка депрессии продолжает опираться на симптомы, длительность, функционирование и безопасность. То, что на исследование потрачены деньги, не превращает все его утверждения в истину, но и не дает оснований обвинять пациента.

16 Связь научного и клинического языка

В научной статье может использоваться термин «фронтолимбическая дисконнективность». Пациенту это можно объяснить так: «Изучаются изменения взаимодействия систем, связанных с эмоциями и контролем». Однако следует четко сказать, что это объяс-

нение не означает, будто такие изменения были измерены у данного пациента. Границу между исследовательским результатом и индивидуальным диагнозом сохраняют.

И для врача название сети не должно заменять клинический симптом. Вместо записи «сеть вознаграждения снижена» фиксируют, от чего пациент не получает удовольствия, какую задачу не может начать и какая помощь ему нужна. Нейронаучные модели могут улучшать вопросы, однако в центре остаются собственный рассказ пациента и его реальная жизнь.

Практический итог главы: нейровизуализацию не следует считать ни чудом, ни ненужным украшением. Это инструмент для важных исследовательских и некоторых клинических задач. Однако при депрессии каждое утверждение об индивидуальной диагностике или подборе лечения требует отдельных доказательств. Уважение к сложным данным включает и открытое обозначение их ограничений.

Источники

[44.1] Kaiser RH et al. Large-Scale Network Dysfunction in Major Depressive Disorder: A Meta-analysis of Resting-State Functional Connectivity. JAMA Psychiatry. 2015. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25785575/

[44.2] Zhang Z et al. Resting-state network alterations in depression: a comprehensive meta-analysis of functional connectivity. Psychological Medicine. 2025;55:e63. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40008424/ (Разнообразие функциональной связности между исследованиями.)

45-ГЛАВА

Нейромедиаторы и рецепторы

1 Модель шире «химического дисбаланса»

Серотонин, норадреналин, дофамин, ГАМК и глутамат важны для работы мозга. Однако сводить депрессию к недостатку одного нейромедиатора значит чрезмерно упрощать современные данные. Действие нейромедиатора зависит не только от его количества, но и от типа рецептора, расположения клетки, времени поступления сигнала, состояния нейронной сети и процессов адаптации.

То, что антидепрессант воздействует на определённую нейромедиаторную систему, не доказывает, что заболевание вызвано недостатком именно этого вещества. Как действие обезболивающего не означает, что причиной боли служит недостаток этого препарата, так и механизм лечения и причина болезни являются отдельными вопросами. Вместе с тем недостаточность простой модели «дефицита серотонина» не означает, что антидепрессанты бесполезны. [45.1; 45.2]

2 Серотонин

Серотониновая система участвует не только в регуляции настроения, но и в процессах сна, аппетита, модуляции боли, контроля импульсов и других процессах. Существует множество типов её рецепторов, и их действие неодинаково. Одни подавляют активность клетки, другие активируют иные сигнальные пути. Поэтому формула «чем больше серотонина, тем больше счастья» неверна.

Препараты, ингибирующие обратный захват серотонина, изменяют синаптическую передачу сигнала. Однако клинический результат не ограничивается первоначальным фармакологическим действием: со временем возможны адаптационные изменения рецепторов, нейронных сетей и процессов обучения. Различия в ответе пациентов также показывают недостаточность объяснения одним механизмом. Определение серотонина в крови не является стандартным методом подтверждения клинической депрессии или выбора препарата.

3 Норадреналин

Норадреналин участвует в поддержании бодрствования, внимания, реакции на стресс и готовности к действию. Его эффекты связаны с различными рецепторами, в том числе α и β, их расположением и взаимодействием с другими системами. Название «вещество энергии» может быть отчасти понятной метафорой, но для клинической точности его недостаточно. Утомляемость не всегда означает недостаток норадреналина: необходимо оценить сон, анемию, боль, лекарства и другие факторы.

При назначении препарата с норадренергическим действием наряду с пользой могут обсуждаться индивидуальные факторы, например влияние на частоту сердечных сокращений, артериальное давление, сон или тревогу. Название механизма не определяет автоматически безопасность или эффективность препарата для конкретного пациента.

4 Дофамин

Дофамин участвует в обучении, связанном с вознаграждением, мотивации, движении и придании значимости. Называть его только «гормоном удовольствия» неверно. Ожидание вознаграждения, действие и удовольствие от результата являются разными процессами. При ангедонии или апатии дофаминовая система представляет научный интерес, но каждый такой симптом не превращается в лабораторный диагноз «низкий дофамин».

Препараты, воздействующие на дофаминовые рецепторы, могут давать разные результаты в разных путях. Например, наряду с антипсихотическим действием возможны двигательные побочные эффекты или субъективный дискомфорт. Это не общий призыв отказаться от таких препаратов, а основание для наблюдения и индивидуальной оценки соотношения пользы и риска.

5 ГАМК и глутамат

ГАМК относится к основным тормозным, а глутамат к основным возбуждающим нейромедиаторам центральной нервной системы. Однако разделения на «хорошую ГАМК» и «плохой глутамат» не существует. Оба необходимы для обучения, памяти и устойчивой работы нейронных сетей. Сложный баланс возбуждения и торможения обеспечивается на клеточном и сетевом уровнях.

Успокаивающее действие препаратов, связанных с рецептором ГАМК-А, не равнозначно лечению всех компонентов депрессивного расстройства. Временное снижение тревоги не означает, что обеспечены функциональное восстановление или профилактика рецидива. Поскольку некоторые средства связаны с риском седации, зависимости и синдрома отмены, их место определяется конкретными показаниями и мониторингом.

Такие рецепторы глутамата, как NMDA и AMPA, важны в исследованиях нейропластичности. Действие кетамина на NMDA-рецептор и последующие сигнальные пути дало толчок изучению быстродействующих антидепрессивных механизмов. Однако часть молекулярных моделей основана на исследованиях животных или лабораторных исследованиях; их нельзя представлять как единственный механизм, доказанный у каждого пациента. Кетамин/эскетамин относятся к методам лечения со специальными показаниями, требованиями к мониторингу, рисками и местными регуляторными требованиями. [45.3]

6 От рецептора к клиническому результату

Агонист активирует рецептор, антагонист блокирует его активацию, а частичный агонист оказывает более сложное действие, зависящее от состояния системы. Ингибитор обратного захвата влияет на удаление медиатора из синапса. Эти фармакологические понятия важны, но по рецепторному профилю нельзя точно предсказать весь субъективный опыт пациента.

При клиническом решении наряду с механизмом учитывают исследования эффективности, предыдущий ответ, сопутствующие заболевания, взаимодействия, побочные эффекты, предпочтения пациента и доступность. Прямолинейных соответствий вроде «есть тревога, значит нужен серотонин; есть утомляемость, значит нужен дофамин» недостаточно. Симптомы связаны с несколькими системами, и одна и та же жалоба может иметь разные причины.

7 Контекст за пределами синапса

Выделившись в синаптическую щель, нейромедиатор воздействует на рецептор, может подвергаться обратному захвату или расщеплению. Но мозг не является лишь совокупностью отдельных клеток, передающих друг другу вещества. Нейроны, глия, кровеносные сосуды, гормональные и иммунные сигналы, экспрессия генов и опыт работают совместно. Для понимания депрессии важны связи между этими уровнями, однако не каждый теоретический путь уже готов к применению в качестве клинического теста или лечения.

Одно вещество может выполнять разные функции в разных областях. Расположение рецептора в клетке, его связь с определённым сигнальным путём и отношения с другими медиаторами изменяют результат. Поэтому общих целей вроде «увеличить серотонин» или «поднять дофамин» недостаточно для клинического плана лечения. Необходимо ответить на вопросы: какой препарат, по каким показаниям, для какого пациента и с каким мониторингом?

8 Адаптация рецепторов и время

Первоначальное фармакологическое действие препарата может начинаться быстро, тогда как клинические изменения развиваются в другом темпе. В этом могут участвовать изменения чувствительности рецепторов, внутриклеточных сигналов, активности нейронных сетей и реакции на новый опыт. Эти механизмы неодинаковы для всех препаратов и пациентов. Нельзя делать категоричные обобщения вроде «за две недели рецепторы полностью восстанавливаются».

При оценке лечения учитывают достаточную длительность, подходящую дозу, фактический приём и побочные эффекты. Но при опасных симптомах или серьёзном побочном эффекте нельзя откладывать помощь под предлогом «нужно дождаться действия». Сроки наблюдения и основания для повторной оценки согласуют заранее. Объяснение механизма не заменяет клинический мониторинг.

9 Как читать дискуссию о серотониновой теории?

Обзоры исследований серотонина обсуждают, существуют ли достаточные и согласующиеся доказательства простой модели дефицита. При этом показатели крови или спинномозговой жидкости, визуализация рецепторов/переносчиков, генетические и другие исследования имеют различные методологические ограничения. Нормальное значение одного показателя не означает нормальной работы всех функций системы; обнаруженное различие, в свою очередь, не доказывает, что именно оно является причиной. [45.1; 45.2]

Из этой дискуссии напрямую не следует ни вывод «депрессия не имеет биологической природы», ни вывод «антидепрессанты не работают». Эффективность лечения отдельно оценивают по клиническим испытаниям и данным реальной клинической практики. Теория причины болезни, механизм препарата и результат у пациента являются тремя взаимосвязанными, но самостоятельными вопросами. Их смешение может необоснованно запугать пациента и оттолкнуть его от лечения.

10 Периферический анализ и сигналы в мозге

Медиатор или его метаболит в крови не отражает напрямую работу определённого синапса мозга. На измерение могут влиять различные ткани организма, питание, время, лекарства и другие факторы. Поэтому коммерческую «панель нейромедиаторов» нельзя считать стандартным тестом, определяющим тип депрессии или выбор антидепрессанта. Её клиническая польза должна подтверждаться независимыми доказательствами.

Если пациент приходит с таким анализом, следует не высмеивать его, а объяснить, что было измерено и для какого клинического решения это может служить основанием. Необходимые соматические анализы преследуют совсем другую цель: например, про-

верку эндокринной или метаболической причины при наличии клинических показаний. Следует избегать обеих крайностей: «все анализы бесполезны» и «все психические симптомы можно определить по анализу».

11 Границы фармакогенетики

Некоторые генетические варианты могут влиять на метаболизм препарата. Эта информация потенциально полезна при решении вопросов дозировки или взаимодействий определённого лекарства. Однако фармакогенетический результат не устанавливает причину депрессии у пациента и не гарантирует, какой препарат обязательно окажется эффективным. Клиническую пользу, существующие рекомендации и точное содержание теста оценивают отдельно. [45.5]

Вместо маркетинговой фразы «препарат, подходящий вашим генам» пациенту объясняют, о чём тест позволяет и не позволяет судить. Предыдущий клинический ответ, побочные эффекты, лекарственные взаимодействия и предпочтения пациента не теряют значения. Биологическая информация может быть частью клинического решения, но не заменяет всех сведений о человеке.

12 Польза и риск объяснения побочных эффектов через рецепторы

Рецепторный профиль может помочь понять седацию, сухость во рту, ортостатические симптомы или двигательные эффекты. Это позволяет врачу заранее спланировать мониторинг. Однако индивидуальное действие зависит от дозы, метаболизма, возраста, сопутствующих лекарств и заболеваний. Наличие свойства в таблице рецепторов не означает, что этот эффект возникнет у каждого пациента.

Например, если пациент жалуется на дневную сонливость, прежде чем связывать её только с известным рецепторным действием препарата, оценивают продолжительность сна, вероятность апноэ, употребление алкоголя и других седативных средств. Обратная ошибка состоит в отрицании известного побочного эффекта со словами «это сама депрессия». Знания о механизмах и клиническое наблюдение должны взаимно проверять друг друга.

13 Реалистичное отношение к глутамату и быстродействующим методам лечения

Исследования кетамина показали необходимость изучать при депрессии не только моноамины, но и глутаматную передачу и пластичность. Однако «быстрое действие» не означает «эффект у всех», «безопасность» или «стойкое выздоровление после одного приме-

нения». Продолжительность лечения, повторные процедуры, диссоциацию, артериальное давление, риск неправильного употребления вещества и другие факторы оценивают в рамках специального клинического порядка.

Вместо немедленного превращения новости о механизме в рекламу следует спросить, каких пациентов изучали, с чем сравнивали лечение и как долго сохранялся результат. Показание, утверждённое для препарата в одной стране, не действует автоматически в другой. Местное законодательство и наблюдение квалифицированного специалиста остаются неотъемлемой частью клинического применения. [45.3]

14 Клинический случай: решение за пределами механизма

> Пациент обращается с ангедонией и утомляемостью и говорит, что прочитал в интернете: «Так бывает при низком дофамине». Врач признаёт его интерес, но сначала оценивает сон, соматические факторы, лекарства, биполярный анамнез и депрессивный синдром. Ему объясняют, что ангедония может быть связана с системами вознаграждения, однако это не готовый диагноз дефицита конкретного медиатора.
>
> Выбор лечения согласуют с учётом клинических доказательств, предыдущего ответа и приоритетов пациента. Результат оценивают не по анализу «повысился ли дофамин?», а по динамике интереса, функционирования, сна и побочных эффектов. Такой подход не отодвигает нейробиологию в сторону, а связывает её с клинически значимыми, проверяемыми решениями.

15 Итоговые вопросы для читателя

Почему механизм препарата не равен причине болезни? Почему серотонин крови не даёт информации о каждом синапсе мозга? Почему один и тот же симптом может отвечать на разные препараты? В ответе необходимо учитывать рецепторы, нейронные сети, время, контекст и индивидуальные различия. Основная цель главы состоит не в предложении ещё одной простой теории, а в объяснении многоступенчатой связи между биологическими данными и клиническим решением.

16 Разграничение трёх уровней доказательств

Первый уровень — лабораторный механизм: как препарат влияет на рецептор или сигнальный путь? Второй — клиническая эффективность: улучшаются ли симптомы и функционирование в группе пациентов и по сравнению с чем? Третий — индивидуаль-

ная применимость: как у этого пациента соотносятся польза, побочные эффекты и жизненные обстоятельства? Убедительные доказательства на одном уровне не переносятся автоматически на остальные.

Например, высокое сродство препарата к рецептору не означает, что он лучше всех подходит каждому пациенту с депрессией. Средняя польза в клиническом испытании также не гарантирует ответ у каждого человека. Хороший ответ одного пациента не доказывает общую причину заболевания. Это разграничение сохраняет научную скромность и клиническую точность.

17 Коррекция модели без подрыва доверия пациента

Если пациенту раньше говорили «у вас мало серотонина», последующее заявление «это оказалось неверным» может осложнить доверие. Лучше объяснить так: «Раньше вам изложили упрощённую модель. Теперь мы точнее понимаем, что депрессия связана с несколькими системами и жизненными факторами. Мы не отрицаем, что лекарство вам помогло; причина его действия не ограничивается дефицитом одного вещества». Это объясняет развитие знаний и уважает опыт пациента.

Необходимость менять план лечения определяется не новостями о теории, а клиническим состоянием и оценкой пользы и риска. Если пациент чувствует себя хорошо, ему объясняют, что нельзя резко прекращать приём лекарства из-за дискуссии в интернете. При побочных эффектах или недостаточном ответе план пересматривают со специалистом. Научная дискуссия не должна побуждать пациента к бесконтрольным экспериментам.

Таким образом, знания о нейромедиаторах наиболее полезны не тогда, когда мы превращаем их в ключ для автоматического выбора назначения, а когда они помогают уточнять клинические вопросы. Какой эффект ожидается, какой риск отслеживается, какой результат измеряется и что важно для пациента? Эти вопросы связывают биологию с практической и ответственной медицинской помощью.

18 Объяснение пациенту и выводы главы

Подходящее объяснение: «Это лекарство влияет на сигналы между нервными клетками. Мы будем оценивать его пользу для вас, наблюдая за настроением, сном, активностью и побочными эффектами. Мы не доказали простым анализом крови, что у вас точно не хватает определённого вещества». Такое объяснение не закрепляет за пациентом необоснованный биологический ярлык и формирует реалистичные ожидания от лечения.

Нейромедиаторы являются важным, но не единственным уровнем понимания депрессии. Рецепторы, нейроны, нейронные сети, психологический опыт и социальный контекст рассматривают совместно. Отказ от отождествления механизма лечения с причиной болезни делает клиническое мышление точнее, а общение с пациентом честнее.

Источники

[45.1] Moncrieff J et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. Molecular Psychiatry. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35854107/

[45.2] Rihmer Z, Dome P, Katona C. Serotonin and depression — a riposte to Moncrieff et al. (2022). Neuropsychopharmacologia Hungarica. 2022;24(3):120–125. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36356194/ (Для сравнительного чтения: простая модель дефицита и эффективность лечения — не один и тот же вопрос.)

[45.3] Krystal JH, Kavalali ET, Monteggia LM. Ketamine and rapid antidepressant action: new treatments and novel synaptic signaling mechanisms. Neuropsychopharmacology. 2024;49:41–50. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37488280/

[45.4] NICE. Depression in adults. NG222: treatment choice and monitoring. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

[45.5] Bousman CA et al. CPIC Guideline for CYP2D6, CYP2C19, CYP2B6, SLC6A4, and HTR2A Genotypes and Serotonin Reuptake Inhibitor Antidepressants. Clinical Pharmacology & Therapeutics. 2023;114:51–68. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37032427/

46-ГЛАВА

Стрессовая ось, нейропластичность и биологические ритмы

Изучение биологии депрессии не означает превращения переживаний пациента в «просто химический процесс». Биологические, психологические и социальные факторы действуют в жизни одного человека одновременно. Например, затяжной конфликт может нарушить сон, бессонница затруднить внимание и эмоциональную регуляцию, а это, в свою очередь, усилить конфликт. Поэтому практическая цель биологического объяснения состоит не в том, чтобы по анализу крови найти, «какого медиатора не хватает», а в том, чтобы определить, на какое изменяемое звено можно воздействовать.

1 46.1. Реакция на стресс: от адаптации к длительному напряжению

Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось сокращённо обозначают HPA. В ответ на стрессовый сигнал между гипоталамусом, гипофизом и надпочечником передаются гормональные сигналы; кортизол является одним из важных продуктов этой системы. Кратковременная стрессовая реакция помогает адаптироваться к угрозе. Проблема связана не с самой реакцией на стресс, а с её продолжительностью, регуляцией, возможностью восстановления и общим состоянием человека.

Секреция кортизола меняется в течение суток. На результат могут влиять время пробуждения, ночная работа, боль, инфекция, лекарства, способ и время взятия образца. Поэтому неправильно трактовать однократный анализ кортизола как «показатель тяжести депрессии». Кортизол повышен не у всех людей с депрессией; и депрессия есть не у каждого человека с повышенным кортизолом. Различия между группами в исследованиях не означают наличия готового теста для индивидуальной диагностики [46.2].

При клиническом подозрении на эндокринное заболевание проводят соответствующее обследование. Однако повторные назначения гормональных панелей без клинических показаний ради объяснения депрессивных симптомов могут задержать важную беседу и лечение. И вывод «анализы хорошие, значит вы не больны», и вывод «кортизол высокий, он и вызвал все проблемы» являются чрезмерными упрощениями.

2 46.2. Что такое нейропластичность?

Нейропластичность — способность нервной системы изменять свою деятельность и связи в ответ на опыт, обучение и окружающую среду. Этот термин означает не только образование новых нервных клеток. Укрепление синаптических связей, взаимодействие функциональных сетей и изменение привычных реакций также входят в это понятие.

При депрессии человек часто возвращается к одним и тем же негативным выводам, сокращает активность и теряет возможности получения положительного опыта. Это психологическое описание можно связать с нейропластичностью, однако нельзя говорить, что «мозг застыл» или «нейроны погибли». При объяснении пациенту точнее и обнадёживающе звучит: «Мозг способен меняться, но для восстановления нужны время, безопасные условия и регулярная практика».

BDNF — нейротрофический фактор мозга — белок, связанный с работой нервных клеток и синапсов. Его изменения при депрессии и в процессе лечения изучались в исследованиях. Однако содержание BDNF в крови не измеряет напрямую процесс в определённой области мозга. На результат влияют тип образца, лабораторный метод и другие факторы. В практике нет достаточно стандартизированной основы для выбора антидепрессанта или объявления пациента «выздоровевшим» по анализу BDNF [46.2].

3 46.3. Сон и циркадные ритмы

Сон — не только количество часов. Отдельно спрашивают о времени засыпания, ночных и ранних пробуждениях, дневной сонливости и состоянии после пробуждения. При депрессии возможны как бессонница, так и избыточный сон. Нарушение сна может быть симптомом депрессии, поддерживающим её фактором или самостоятельным сопутствующим расстройством.

Циркадные ритмы — приблизительно суточная периодичность процессов организма. Свет, время пробуждения, питание, физическая активность и социальный распорядок служат для них сигналами времени. При депрессии нарушение режима дня учитывают в плане лечения. Однако фраза «вставайте пораньше, и всё пройдёт» обесценивает тяжесть болезни. При тяжёлой депрессии даже возвращение к простому режиму требует поддержки и поэтапного плана.

При подозрении на апноэ сна спрашивают о громком храпе, наблюдаемых близкими остановках дыхания и дневной сонливости. Также оценивают синдром беспокойных ног, боль, кофеин, алкоголь и препараты, принимаемые поздно. И отнесение всех жалоб на сон к депрессии, и попытка подавить их только снотворным могут оставить причину без внимания.

При биполярном расстройстве особое значение имеет снижение потребности во сне. «Не могу спать и устаю» и «сплю два-три часа и всё равно очень бодр» — не один и тот же симптом. Если второе сопровождается активностью, ускоренной речью и импульсивностью, проверяют вероятность гипомании или мании. Самостоятельное применение методов депривации сна и светотерапии может быть опасным, особенно при расстройствах биполярного спектра.

4 46.4. Воспаление: важное направление, но не готовый диагноз

Связь иммунной системы и психического состояния активно изучается наукой. В некоторых группах пациентов с депрессией показатели воспаления могут быть выше. Однако ожирение, курение, инфекция, аутоиммунные заболевания и другие состояния также изменяют эти показатели. Например, повышение С-реактивного белка не доказывает автоматически наличие «воспалительной депрессии» [46.2].

У пациента с изменённым показателем воспаления соматические причины проверяют в обычном клиническом порядке. Назначать антибиотик, гормон, противовоспалительный препарат или добавку для лечения депрессии только на основании этого анализа необоснованно. Обещание «снизим воспаление, и депрессия исчезнет» снова сводит многофакторное заболевание к одной причине.

5 46.5. От научной модели к клиническому плану

Самый полезный практический вопрос: «Какое решение для этого пациента изменяют знания о биологическом механизме?» Если они помогают обследовать на апноэ сна, пересмотреть рабочие смены, выявить побочное действие лекарства или задуматься о биполярности, они полезны. Если же они лишь увеличивают список дорогих анализов и непонятных терминов, их клиническая ценность ограничена.

План может одновременно включать несколько направлений: лечение основного депрессивного расстройства; ведение боли или эндокринного заболевания; восстановление регулярного времени пробуждения; повышение активности сообразно возможностям пациента; работу с источником стресса. Физическая активность и режим помогают лечению, но в тяжёлом состоянии не заменяют необходимой психиатрической помощи.

6 46.6. Условный клинический пример

39-летний сотрудник, работающий в ночные смены, обратился с подавленностью, снижением внимания и тревогой: «У меня нарушился кортизол». В выходные он спал до полудня, а в рабочие дни не мог спать больше четырёх-пяти часов. Также отмечались храп

и дневная сонливость. В клинической беседе выявили депрессивный синдром, но причину не стали определять по единственному анализу кортизола.

В план включили оценку тяжести депрессии и риска, направление на обследование по поводу апноэ сна, реалистичные изменения смен и режима сна, основное лечение, согласованное с пациентом. При наблюдении отмечали не только «стало ли лучше настроение», но и дневную сонливость, ошибки на работе и активность. Урок примера: биология и жизненные условия не соперничающие понятия, а части одной клинической картины.

7 46.7. Причина, следствие и связь

Читая биологическую статью, легко перейти от фразы «при депрессии этот показатель изменён» к выводу «значит, это изменение вызвало депрессию». Однако поперечное исследование часто показывает только связь. Существовало ли изменение показателя до болезни, стало ли следствием эпизода, бессонницы или действия принимаемого лекарства — без отдельного исследования это разграничить нельзя. Поэтому важно не считать патогенетическую модель и подтверждённый клинический тест одним и тем же.

Для диагностического применения биомаркера недостаточно обнаружить статистическое различие. Оценивают также воспроизводимость теста, способность отличать заболевание от других болезней, улучшать клинические решения и последствия ошибочного результата. Например, даже если среднее значение показателя в группе с депрессией выше, результаты здоровых и больных людей могут широко перекрываться. В такой ситуации среднее различие интересно для науки, но слабо помогает классифицировать отдельного пациента.

Слова пациенту «сейчас нет анализа, который показал бы все изменения в вашем мозге» не означают, что «биологии нет». При многих заболеваниях важны клинический анамнез, осмотр и динамика. Объективность не измеряется только лабораторной цифрой; структурированная беседа, наблюдаемые функциональные изменения и повторная оценка одним и тем же методом тоже являются клиническими данными.

8 46.8. Составление карты стресса

В карте стресса выделяют три временных слоя: факторы уязвимости до эпизода, события, запустившие эпизод, и факторы, поддерживающие его сейчас. Травма в детстве может выполнять иную роль, чем нынешний конфликт на работе. Когда сохраняются долги, насилие или безработица, совет только «изменить отношение к стрессу» может отрицать реальную опасность и социальные потребности.

Спрашивая о стрессе, врач не требует от пациента на первой встрече рассказывать каждую болезненную подробность. Сохраняются согласие, подходящий темп беседы и чувство контроля. Вопрос «насколько трудно вам сейчас говорить об этом событии?» иногда важнее самого сбора информации. Объяснение биологической реакции на стресс может помочь пациенту понять свою реакцию без чувства вины, но не должно превращаться в недоказанные утверждения вроде «выведения памяти о травме из тела».

Если источник стресса невозможно изменить, из этого не следует, что ничего нельзя сделать. Социальная защита, безопасное место, снижение нагрузки, навыки решения проблем и лечение заболевания могут применяться вместе. Цель состоит не в возложении всей ответственности на пациента, а в разграничении того, что он может и не может контролировать.

9 46.9. Чтение дневника сна

В дневнике сна можно отмечать время отхода ко сну и предполагаемого засыпания, ночные пробуждения, окончательное пробуждение, подъём с постели, дневную дремоту, кофеин, алкоголь и время приёма лекарств. Посекундная точность от пациента не требуется; цель — увидеть привычки и изменения. Показатели «глубокого сна», выдаваемые часами или телефоном, нельзя принимать за клинический диагноз.

Дневник может выявить различие: «десять часов в постели, но пять часов сна». Это показывает наличие бессонницы, даже если пациент считал, что спит достаточно. У другого пациента обнаруживаются дефицит сна в рабочие дни и большой сдвиг в выходные. У третьего основная проблема состоит не в количестве сна, а в дневной сонливости и нарушении дыхания.

План сна составляют вместе с пациентом. Невыполнимое указание «ежедневно спите восемь часов в одно и то же время» не поможет человеку, который работает в ночные смены или ухаживает за младенцем. Обсуждают реально защищённое время для сна, помощь семьи и условия работы. У пациента с биполярностью или риском судорог методы, основанные на резком ограничении сна, рассматривают только после оценки соответствующего специалиста.

10 46.10. Условный клинический пример: фиксация на анализе

50-летний пациент прочитал в интернете статью «депрессия — это воспаление» и попросил заменить все свои лекарства на основании результата С-реактивного белка. У него также были боли в суставах и недавно перенесённая инфекция. Специалист не отверг результат, но объяснил, что он не специфичен для депрессии. Соматические причины рассмотрели в соответствующем порядке, а психиатрический план оценили с учётом клинического ответа и риска.

Важной частью беседы здесь было не заявление «вы неправильно прочитали», а совместное разграничение того, что результат означает и чего не означает. Пациенту объяснили, что лечить лабораторный показатель и лечить человека — не одно и то же. Реальность его боли и утомляемости признали, но недоказанный причинный вывод не приняли.

11 46.11. Практическое упражнение: переписать биологическое объяснение

Проанализируйте фразу: «У вас снизились серотонин и BDNF, мозг не может себя восстанавливать». Она представляет непроверенный результат как факт, сводит пациента к биологическому дефекту и обещает единственную причину. Вместо этого можно сказать: «Депрессия влияет на системы сна, эмоциональной регуляции и активности. Мы подберём лечение, подходящее вашим симптомам и жизненным условиям, и будем наблюдать за изменениями».

Студенту или специалисту следует применить это упражнение к объяснениям из своей практики. Для каждого механизма создайте три колонки: что достоверно известно; что пока находится на стадии исследования; какое практическое решение это даёт для сегодняшнего пациента. Если третья колонка остаётся пустой, не следует спешить представлять эти сведения как доказательство, обосновывающее лечение.

12 46.12. Клинический семинар: как объяснять биологию пациенту?

Пациент спросил: «Значит, мой мозг испорчен?» Он воспринимал длительный стресс, бессонницу и снижение работоспособности как необратимое повреждение. Врач выслушал его страх и объяснил, что при депрессии возможны изменения, связанные с работой мозга, но это не означает необратимого повреждения у каждого человека. Было сказано, что цель клинической оценки — не объявить мозг «непригодным», а найти факторы, на которые можно воздействовать для помощи.

В беседе не перешли и к противоположной крайности: «У вас нет никаких биологических проблем». Физическую усталость и нарушение сна пациента признали реальными. Объяснили, что план лечения будет учитывать психические, соматические и повседневные факторы. Этот подход не создавал искусственного противоречия между биологической и психологической помощью.

Затем пациент спросил: «Какой анализ покажет, что я выздоровел?» В ответ перечислили клинические признаки восстановления: сон и аппетит, интерес, мышление, опасные мысли, уход за собой и отношения. Отметили, что при наблюдении по поводу конкрет-

ного соматического заболевания его анализы будут оцениваться отдельно. Объяснили, почему результат лечения депрессии нельзя связывать с одним гормональным или иммунным показателем.

На этом семинаре учащийся выполняет три задачи. Первая — выявить страх, стоящий за вопросом пациента. Вторая — объяснить научную неопределённость, не превращая её в безнадёжность. Третья — связать объяснение с конкретной целью лечения и наблюдения. Если беседа заканчивается лишь терминами, практической помощи пациент получает мало.

13 46.13. Вопрос о решении перед обследованием

Перед каждым назначением лабораторного исследования попробуйте записать: «Что я сделаю, если результат будет нормальным, и что — если он будет изменён?» Если оба ответа одинаковы, необходимость анализа именно сейчас пересматривают. Это не отказ от всех анализов, а способ уменьшить обследования без клинической цели.

Если результат изменён, оценивают его специфичность, соответствие клиническим признакам и необходимость повторной проверки. Нельзя оставлять пациента один на один с неожиданным результатом. Вместо «смотрите лабораторный бланк» объясняют, что может означать результат и каков следующий шаг. Это правило сохраняется и при переносе в практику любой новой научной новости о биомаркерах.

14 46.14. Выводы главы и самопроверка

Ось HPA, нейропластичность и циркадные ритмы важны для понимания депрессии. Ни один из этих аспектов пока не представляет собой единый тест, определяющий диагноз или выбор лекарства у каждого пациента. Переживания пациента, его функциональное состояние, история болезни и безопасность остаются в центре клинического решения.

Задайте себе три вопроса: не переношу ли я чрезмерно результаты группового исследования на одного пациента? Изменит ли запрашиваемый анализ моё решение? Даёт ли моё биологическое объяснение пациенту возможность понимать и участвовать, вместо того чтобы обвинять его или лишать надежды?

46.15. Источники

[46.1] WHO. Depressive disorder (depression). https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

[46.2] Carvalho AF и соавторы. Evidence-based umbrella review of 162 peripheral biomarkers for major mental disorders. Translational Psychiatry, 2020. PubMed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32424116/. Этот источник использован для оценки ограничений доказательств по биомаркерам.

[46.3] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222

47-ГЛАВА

От симптома к выбору лечения

Вопрос «какое лекарство от какого симптома?» часто встречается в клинической практике. Но прямой переход от симптома к препарату пропускает важнейший промежуточный этап — диагностику и оценку человека в целом. Бессонница может возникать при депрессии, гипомании, тревоге, боли, воздействии вещества или расстройстве сна. Одна и та же жалоба может быть связана с разными механизмами и вести к разным решениям о лечении.

1 47.1. Разграничение симптома, синдрома и диагноза

Симптом — отдельный признак; синдром — совокупность взаимосвязанных признаков; диагноз охватывает их длительность, течение, причинный контекст и состояния, которые необходимо исключить. Одной жалобы «нет сил» недостаточно для выбора антидепрессанта. Выясняют, как сочетаются утрата интереса, подавленное настроение, чувство вины, психомоторные изменения, нарушения сна и аппетита, снижение функционирования.

Даже при подозрении на униполярную депрессию спрашивают о прежних периодах приподнятого или резко раздражительного настроения, сниженной потребности во сне, чрезмерной активности и импульсивных решений. Психотические симптомы, кататония, активный суицидальный риск, тяжёлое послеродовое состояние и синдром, связанный с веществом, по-особому меняют маршрут лечения. В таких ситуациях прежде, чем выбирать «самый подходящий антидепрессант», определяют срочность помощи.

2 47.2. Один симптом — не один медиатор

Объяснение ангедонии только дефицитом дофамина, тревоги только недостатком серотонина, утомляемости только дефицитом норадреналина требует осторожности даже в качестве учебной схемы. Каждый из этих симптомов связан с несколькими нейронными сетями, психологическими процессами и внешними факторами. Обычный анализ медиаторов в крови или моче не отражает напрямую синаптическую активность мозга.

Поэтому вывод «у вас мало дофамина, значит поможет только такой-то препарат» не является надёжным клиническим подходом. Механизм препарата важен при выборе, но клинический эффект не следует из простого названия механизма. Точнее сказать паци-

енту: «Это лекарство — один из подходящих вариантов с учётом ваших симптомов и общего состояния; мы будем следить за эффектом и побочными действиями и пересматривать решение».

3 47.3. Как составляют клинический профиль?

Клинический профиль — не просто список симптомов. Он объединяет наиболее мучительные признаки, влияние на повседневную жизнь, длительность, прежние эпизоды, текущее лечение и результат, важный для пациента. Например, для пациента с плохим сном целью может быть не только быстрое засыпание, но и возможность на следующий день бодрым отвести ребёнка в школу.

Если преобладает тревога, выясняют, входит ли она в депрессивный эпизод или является самостоятельным паническим, обсессивно-компульсивным, связанным с травмой либо другим расстройством. При преобладании боли оценивают её соматическую причину и влияние на функционирование. При когнитивных жалобах учитывают внимание, сон, действие лекарств, употребление веществ и неврологическое состояние. Название жалобы «маскированной депрессией» автоматически не отменяет соматическое обследование.

4 47.4. Как интерпретировать предыдущий ответ?

Фразу «это лекарство не помогло» необходимо уточнить: какой препарат, в какой дозе, как долго и насколько регулярно принимался, почему был отменён? Препарат, отменённый через три дня из-за тошноты, нельзя считать адекватной неэффективной пробой лечения. Но сама невозможность принимать лекарство из-за побочных эффектов тоже является важной информацией для следующего выбора.

Препарат, на который раньше был хороший ответ, может быть подходящим кандидатом, но прежние и нынешние обстоятельства неодинаковы. Новое заболевание сердца, беременность, изменение функции печени или почек, другие лекарства и ранее наблюдавшаяся гипомания могут изменить решение. Хороший эффект лекарства у члена семьи не означает, что оно обязательно поможет и пациенту.

5 47.5. Побочные эффекты — не второстепенный вопрос

Седативное действие может казаться полезным человеку, страдающему бессонницей, но создаёт опасность для водителя или работающего на высоте. Прибавка массы тела не является автоматическим преимуществом даже у человека, который мало ест: учиты-

вают метаболический риск и отношение пациента. Если не спрашивать о сексуальных побочных эффектах, это не означает их отсутствия. Они могут стать причиной скрытого прекращения лечения.

Важны пожилой возраст, риск падений, склонность к кровотечениям, риск гипонатриемии, сердечный ритм, судороги в анамнезе и одновременно принимаемые лекарства. В список также включают нестероидные противовоспалительные средства, антикоагулянты, диуретики, обезболивающие, растительные добавки и безрецептурные препараты. Если спрашивать «только о психиатрических лекарствах», значительная часть взаимодействий останется незаметной [47.2].

6 47.6. Включение выбора пациента в клиническое решение

Совместное принятие решения — не предложение пациенту выбрать лекарство из готового списка. Специалист объясняет подходящие варианты, ожидаемую пользу и риски; пациент рассказывает о своих жизненных условиях, предпочтениях и неприемлемых для него эффектах. Затем принимают общее решение и назначают дату его пересмотра.

Некоторые люди предпочитают психотерапию; другие говорят, что пока не имеют сил участвовать в беседах. Доступность услуги, дорога, язык, стоимость и условия конфиденциальности тоже являются реальными факторами. Вместо невыполнимого плана в виде «идеальной рекомендации» эффективнее составить осуществимый и безопасный. Не следует считать тревогу пациента по поводу лекарств «неграмотностью»: нужно услышать, чего именно он боится.

7 47.7. Условные клинические примеры

У первого пациента бессонница и подавленность; он работает ночным водителем. У второго такие же симптомы, но он обратился с выраженной дневной сонливостью и подозрением на апноэ сна. Ошибочно выбирать обоим «снотворный антидепрессант» по одной логике. Для первого особенно важна безопасность работы, для второго — связанное с дыханием расстройство сна. У обоих также полностью оценивают сам депрессивный синдром.

Третий пациент говорит, что после антидепрессанта «очень быстро выздоровел»: три ночи мало спал, потратил много денег и чувствовал себя необычайно могущественным по сравнению с обычным состоянием. Это не записывают как просто хороший ответ. Проверяют возможность активации, связанной с лечением, гипомании или мании. Алгоритм выбора может выйти за рамки униполярной депрессии.

8 47.8. Документирование решения

В записи должна быть видна логика решения, а не только «препарат выбран»: рабочий диагноз; основная цель; причина выбора варианта; существенные риски; альтернатива; предпочтения пациента; план наблюдения. Это полезно и следующему врачу, и для вашего последующего анализа.

Основное правило главы: симптом направляет выбор лечения, но не определяет его единолично. Для достижения эффекта должны совместно работать правильность диагноза, подходящий препарат, учёт потребности в психотерапии, возможность соблюдать лечение и наблюдение.

9 47.9. Матрица выбора

Для упорядочения выбора можно составить матрицу из пяти вопросов. Первый: обоснован ли этот вариант при данном диагнозе и тяжести эпизода? Второй: совместим ли он с соматическими и психиатрическими рисками пациента? Третий: о чём говорят предыдущий ответ или побочные эффекты? Четвёртый: сможет ли пациент осуществлять лечение? Пятый: как и когда мы заметим неэффективность или вред?

Эта матрица не предназначена для создания ложного рейтинга препаратов. Даже если лекарство даёт хороший средний результат в группе, оно может не подходить конкретному человеку. Например, если местные поставки хорошо переносимого препарата прерываются, регулярный приём затрудняется. Если пациент не может посетить дорогую программу психотерапии больше двух раз, теоретическое качество не превращается в практический результат. Реальные возможности — не внешняя, а внутренняя часть клинического решения.

При обучении полезно для каждого варианта записывать не только «почему я выбрал», но и «почему не выбрал». Однако клинический документ не должен превращаться в длинное сочинение по фармакологии. Достаточно двух-трёх основных доводов, изменивших решение. Если затем результат окажется иным, эту логику проверяют заново.

10 47.10. Две стороны бессонницы и утомляемости

При преобладании бессонницы естественно подумать о варианте с седативным действием. Но нельзя выбирать его, не уточнив тип нарушения сна. Трудно заснуть, беспокоят ранние пробуждения, ночная паника, боль или рабочий график? Засыпает ли пациент днём? Есть ли алкоголь или другие седативные средства? Способность препарата «усыплять» не отвечает на эти вопросы.

При утомляемости также прежде, чем искать активирующий эффект, пересматривают сон, питание, признаки анемии, эндокринное состояние и лекарства. Снижение активности при депрессии может ухудшить физическую форму и сделать тяжёлыми даже обычные движения. Здесь нужен не только поиск энергии с помощью препарата, но и план постепенного восстановления активности.

Из пациентов с жалобой «не могу встать утром» один не высыпается из-за позднего засыпания, другой рано просыпается и часами лежит в постели с мыслями о вине. У третьего ночной седативный эффект продолжается днём. Название симптома одно, клинические решения разные. Выявление именно этого различия — основное умение при переходе от симптома к лечению.

11 47.11. Выбор подходящей психотерапии

В выборе психотерапии подход «один метод для всех» тоже неверен. Если преобладают прекращение деятельности и избегание, поведенческая активация может быть близка к цели. Для работы с повторяющимися негативными интерпретациями и дисфункциональными убеждениями обсуждают когнитивно-поведенческий подход. Если в центре находятся отношения и смена ролей, полезным может быть интерперсональное направление. Эти примеры не являются жёсткими взаимоисключающими правилами.

Помимо метода, важны квалификация терапевта, структура, цели, язык пациента и культурный контекст. «Мы поговорили» не означает адекватной пробы структурированной психотерапии. Аналогично, прежде чем считать пациента, не справившегося с домашним заданием, «неподходящим для психотерапии», следует спросить, было ли задание адаптировано к его вниманию, грамотности и повседневным условиям.

При тяжёлой депрессии может потребоваться начать психотерапию с краткого, понятного и поддерживающего формата. Ожидание немедленного сложного когнитивного анализа утомляет человека. Клиническая цель — не искать человека под метод, а ответственно адаптировать доказательный метод к потребностям человека.

12 47.12. Опасные упрощения

Вывод «нет аппетита, значит лучше всего препарат, повышающий вес» неполон. За снижением аппетита могут стоять тяжёлая депрессия, соматическое заболевание, тошнота или расстройство пищевого поведения. Учитывают отношение пациента к прибавке веса, метаболический риск и общую цель лечения. Один побочный эффект можно обратить на пользу, но это не устраняет все остальные свойства препарата.

Вывод «есть тревога, значит нужно сильнее успокоить» тоже верен не всегда. Акатизия, гипомания, отмена вещества или психотический страх могут выглядеть как тревога. Подавление симптома не должно скрывать причину. Особенно при быстро изменившемся состоянии важны анамнез и временная связь с приёмом лекарств.

Мнение «молодой, здоровый, мониторинг ему не нужен» делает риск незаметным. У молодого пациента тоже могут быть суицидальные мысли, употребление веществ, наследственная предрасположенность к нарушениям сердечного ритма или вероятность беременности. Объём мониторинга индивидуален, но не равен нулю.

13 47.13. Условный клинический пример: результат, важный для пациента

У 41-летнего переводчика депрессия, тревога и бессонница. Больше всего его пугало: «В голове будет туман, и я не смогу работать». Врач не воспринял этот страх как простое неприятие лекарств. В цели включили дневную бодрость, когнитивную рабочую нагрузку и приемлемость лечения.

На следующей встрече обсудили не только часы сна, но и то, как долго он может работать над текстом и какие ошибки допускает. Если сон улучшится, а дневная работоспособность резко снизится, это не будет считаться «идеальным ответом». Пример показывает, что клинический выбор осуществляется на пересечении симптомов и ценностей человека.

14 47.14. Практическое упражнение: обоснование решения

Запишите два подходящих варианта для одного пациента. Для каждого обозначьте одну ожидаемую пользу, один существенный риск, одно практическое препятствие и один показатель наблюдения. Затем объясните разницу двумя понятными пациенту предложениями. Если объяснение сводится к «это сильнее, а это мягче», логику решения нужно уточнить ещё раз.

15 47.15. Клинический семинар: ангедония у трёх пациентов

Первый пациент говорит «ничто не доставляет удовольствия», но в начатой им деятельности ощущает кратковременное облегчение. Основные препятствия — начало деятельности, слабость и самообвинение. Второй пациент сохраняет активность, но жалуется на эмоциональную отстранённость и «отсутствие любых чувств»; состояние возникло одновременно с изменением дозы. У третьего утрата интереса сочетается с резким снижением потребности во сне и раздражительностью.

У всех троих использовано слово «ангедония», но следующий шаг неодинаков. В первом случае наряду с депрессивным синдромом обращают внимание на механизм восстановления активности. Во втором разграничивают остаточную депрессию и возможные эмоциональные изменения, связанные с лекарством. В третьем проверяют вероятность смешанной аффективной картины или биполярности. Ни в одном случае короткой цепочки «ангедония — мало дофамина — одинаковый препарат» недостаточно.

На клиническом семинаре для каждого пациента формулируют три вопроса: когда начался симптом, в каких ситуациях меняется и какие ещё симптомы его сопровождают? Затем просят привести пример функционирования. Вместо общей фразы «нет интереса» уточнить картину помогают вопросы «что вы чувствуете, когда сидите с ребёнком?» или «можете ли найти силы начать занятие, которое раньше нравилось?».

При выборе также спрашивают, какой результат важен для пациента. Для одного приоритетом может быть возвращение на работу, для другого — восстановление чувства близости с детьми, для третьего — безопасный режим сна. Один и тот же симптом даже при одинаковом диагнозе может означать разные цели лечения.

16 47.16. Точки остановки перед выбором

Если решение приходится принимать без полного анамнеза, списка лекарств или знания текущего риска, эту неопределённость отмечают и восполняют сведения. Если необходима неотложная помощь, приоритет — обеспечить безопасность, а не ждать всех документов. Но при плановом лечении нельзя подменять недостающую ключевую информацию предположениями.

То, что пациент приходит с готовым названием препарата, тоже не определяет решение автоматически. Нужно спросить, почему он хочет именно этот вариант: предыдущий опыт, рекомендация знакомого, реклама или страх побочных эффектов? После понимания причины обсуждают клиническое обоснование и альтернативы. Уважительная беседа не означает выдачу любого препарата, о котором просит пациент.

Последний проверочный вопрос: «Если это лечение не даст результата, на основании каких данных я приму следующее решение?» Если ответа нет, исходные измерения и план наблюдения недостаточны. Качество выбора проявляется не только в препарате, но и в том, как проверяется результат его применения.

47.17. Источники

[47.1] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222, treatment choice and further-line treatment. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222

[47.2] NHS Specialist Pharmacy Service. Considerations when choosing an alternative antidepressant. https://www.sps.nhs.uk/articles/considerations-when-choosing-an-alternative-antidepressant/

[47.3] WHO. Depressive disorder (depression). https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

V

ЧАСТЬ

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

48-ГЛАВА

Индивидуальный план лечения

План лечения — документ шире рецепта. Наряду с вопросом «что мы делаем?» он отвечает на вопросы «зачем?», «кто выполняет?», «когда оцениваем повторно?» и «что делаем при ухудшении?». Хороший план клинически обоснован, понятен пациенту и выполним в его реальной жизни.

1 48.1. Исходная точка: совместное описание проблемы

К концу первой встречи врач и пациент должны иметь хотя бы рабочее понимание: какой синдром наблюдается, каких сведений не хватает и что необходимо решить сейчас. Рабочий диагноз впоследствии может измениться. Вместо сокрытия этой неопределённости лучше объяснить, после получения каких данных решение будет пересмотрено: это укрепляет доверие.

Исходная запись содержит симптомы, функционирование, сон, питание, употребление веществ, предыдущее лечение, соматическое состояние и оценку риска. Если применяется шкала, последующий результат можно сравнить с помощью того же инструмента. Но балл по шкале не заменяет клиническую беседу или оценку риска. Безопасность и потребность в помощи у двух пациентов с одинаковым баллом могут быть совершенно разными.

2 48.2. Цели: от симптомов к жизни

Удобно определять цели на трёх уровнях. Первый — безопасность и жизненные потребности: снижение риска самоповреждения, приём пищи и жидкости, ведение тяжёлой бессонницы или психотических симптомов. Второй — уменьшение депрессивных симптомов. Третий — жизненное функционирование: возвращение к работе, учёбе, семейным отношениям, уходу за собой и интересам.

«Стать лучше» трудно измерить. Конкретнее такие цели, как «три раза в неделю выходить из дома на десять минут», «восстановить утреннее умывание и завтрак», «составить план постепенного возвращения к работе». Но цель должна соответствовать возможностям пациента. Постановка большой невыполнимой задачи при тяжёлом эпизоде может усилить чувство вины.

3 48.3. Амбулаторная или стационарная помощь

Место оказания помощи выбирают не только по коду диагноза. Активное суицидальное намерение или невозможность обеспечить безопасность, тяжёлый психоз, кататония, отказ от пищи и воды, выраженное пренебрежение уходом за собой или опасная мания требуют неотложной оценки специалиста. Необходимость стационара определяют на основании клинического состояния и местного законодательства.

При амбулаторном лечении учитывают возможность пациента посещать встречи, получать лекарства и удовлетворять основные потребности, доступность экстренной связи и поддерживающее окружение. «Есть семья» не означает «находится в безопасности». При домашнем насилии, угрозах или систематическом унижении само вовлечение близких может повысить риск. План помощи согласуют с согласием пациента и его безопасностью.

4 48.4. Объединение компонентов лечения

План может включать психотерапию, фармакотерапию, социальную помощь и ведение соматического заболевания. Задачу каждого компонента записывают чётко. Например, лекарство может быть выбрано для уменьшения депрессивного синдрома, а поведенческая активация — для перестройки повседневной деятельности. Вместо неопределённого списка «сделаем всё» устанавливают последовательность и ответственного.

В первые недели когнитивные и физические ресурсы пациента могут быть ограничены. Вместо множества советов одновременно выбирают две-три основные задачи. Затем план расширяют в зависимости от результата. Если психотерапевтические упражнения не выполнены, это следует анализировать не как безволие, а в связи со сложностью и понятностью задания, окружением и симптомами.

5 48.5. Когда и что проверяют при наблюдении?

Дату наблюдения не оставляют в виде «приходите, если понадобится». После начала нового лечения повторно оценивают симптомы, побочные эффекты, режим приёма, сон, активацию и риск. Особенно у молодых взрослых, людей с риском самоповреждения или при быстро меняющемся состоянии встречи должны происходить раньше и чаще [48.1].

Цель встречи — не только повышение дозы. Выясняют, получил ли пациент препарат вообще, как его принимает, не мешают ли реальные затраты или страх, понял ли он психотерапию. Заранее объясняют, каким способом связаться, если заканчивается лекарство или появились побочные эффекты. При онлайн-наблюдении важно знать местонахождение пациента и возможность направления к экстренной помощи.

6 48.6. План безопасности

План безопасности — не обещание «не причинять себе вред». Он включает индивидуальные признаки ухудшения, безопасные действия для временного облегчения, людей, к которым можно обратиться, и путь получения профессиональной помощи. Ограничение доступа к опасным средствам уважительно обсуждают с пациентом. Если привлекается семья, её задачи и границы конфиденциальности должны быть ясны.

Нельзя отправлять пациента домой или отказывать в помощи только на основании результата шкалы, классифицирующей суицидальный риск как низкий, средний или высокий. Текущее намерение, план, доступ к средствам, предыдущие действия, опьянение, психоз, ажитацию и возможность получить помощь анализируют индивидуально и клинически. При непосредственной опасности необходимо организовать неотложную помощь, а не ждать обычной очереди [48.2].

7 48.7. Пример практического плана

Следующая форма — не готовый рецепт, а структура клинической записи. «Рабочий диагноз и обоснование: … . Текущий риск и его ведение: … . Две наиболее важные для пациента цели: … . Выбранное лечение и причина: … . Обсуждённая альтернатива: … . Действия при побочных эффектах или ухудшении: … . Дата наблюдения и ответственный специалист: … . На основании какого результата изменим план: … .»

План предоставляют на понятном пациенту языке. Если используются термины «аугментация», «ремиссия», «комплаенс», их значение объясняют. То, что врач объяснил, не равнозначно тому, что пациент понял; полезно попросить пациента пересказать план своими словами. Это не экзамен, а способ проверить качество объяснения.

8 48.8. Условный клинический пример

45-летний учитель обратился с депрессивным эпизодом умеренной тяжести. Он продолжал ходить на работу, но дома лежал и чувствовал себя «обузой для всех». Активного суицидального плана не выявили, но присутствовало пассивное желание смерти. План предусматривал безопасность и раннее наблюдение, выбранное пациентом лечение, возможность временного снижения рабочей нагрузки и одно небольшое ежедневное занятие.

На следующей встрече наряду с симптомами оценили его состояние после работы и питание. То, что он не смог выполнить одну задачу, не стало основанием признать план «провальным»; задачу уменьшили. Так план лечения превратился из контрольного списка в живой документ, отвечающий на клинические данные.

9 48.9. Временные этапы плана

План можно разделить на первый день, первые недели и период стабилизации. В первый день решают вопросы безопасности, основной диагностической неопределённости и самой необходимой помощи. В первые недели проверяют соблюдение лечения, побочные эффекты, динамику симптомов и терапевтическое сотрудничество. При стабилизации больше внимания уделяют остаточным симптомам, функционированию и профилактике рецидива.

Эти этапы не являются жёстким календарём. При ухудшении вопрос безопасности вновь выходит на первое место. И наоборот, даже при облегчении симптомов давно утраченное социальное функционирование может не восстановиться само собой. Поэтому прежде, чем заключить «настроение хорошее, лечение закончено», спрашивают, как проходит возвращение к жизни.

Для каждого этапа определяют два вида признаков: ожидаемые положительные изменения и отрицательные признаки, требующие быстрого пересмотра плана. Например, восстановление аппетита — положительный признак; резкое снижение потребности во сне с появлением импульсивности — повод для повторной оценки. Так пациент тоже получает ответ на вопрос «о каких изменениях важно сообщать?».

10 48.10. Чёткое распределение ответственности

В сложном лечении могут участвовать психиатр, психолог, семейный врач и другие специалисты. Но множество участников не означает автоматически скоординированной помощи. Необходимо чётко определить, кто ведёт основной план, кто продлевает рецепт, кто оценивает анализ и кто сообщает результат пациенту.

Когда после указания «сдайте анализ» результат остаётся никем не просмотренным, возникает опасный разрыв помощи. Поэтому вместе с назначением записывают порядок получения результата и действий по нему. Цель направления к другому специалисту должна быть конкретной: вместо общего выражения «соматическое обследование» указывают, какое клиническое подозрение или риск нужно оценить.

Если пациент получает противоречивые указания от разных врачей, прежде чем списывать это на его «неправильное понимание», сравнивают документы. Особенно важно иметь единый план дозирования и отмены лекарств. Координация не должна возлагать

на самого пациента бремя переноса всей информации между специалистами.

11 48.11. Конфиденциальность и участие семьи

Если пациент совершеннолетний и сохраняет способность принимать решения, объём информации, которой делятся с семьёй, определяется его согласием. Близкие могут помогать с приёмом лекарств, питанием или наблюдением за ранними признаками. Но превращение их в «контролёров» способно испортить отношения и усилить сокрытие пациентом своего реального состояния.

Например, пациент может согласиться сообщать матери даты встреч, но не желать делиться содержанием беседы о личных отношениях. Эту границу фиксируют. При неотложной опасности возможны предусмотренные законом исключения из конфиденциальности, но информацию не распространяют сверх необходимого и по возможности объясняют это пациенту.

Одного совета семье «не критикуйте его» недостаточно. Приводят практический пример: вместо «почему ты до сих пор не встал?» спросить «какая помощь нужна тебе сегодня, чтобы позавтракать?». Это не заменяет лечение, но помогает создать обстановку, уменьшающую чувство вины и конфликты.

12 48.12. Границы онлайн-формата

Онлайн-приём удобен, но он тоже является клинической услугой. В начале встречи уточняют личность, местонахождение, возможность конфиденциальной беседы и план на случай обрыва связи. Спрашивают, есть ли рядом с пациентом другие люди: невидимое в камере окружение может влиять на свободу разговора.

Тяжёлую ажитацию, спутанность сознания, интоксикацию, кататонию или непосредственную опасность может быть невозможно адекватно оценить онлайн. В таком случае приоритет — организовать помощь на месте, а не долго продолжать видеозвонок. Желание пациента пользоваться онлайн-форматом не делает его безопасным во всех случаях. Вместе с тем для человека, который из-за расстояния вообще не получает помощи, онлайн-приём может стать важной точкой доступа.

При наблюдении через сообщения чётко оговаривают сроки ответа и путь экстренного обращения. Фраза «пишите в любое время» может создать у пациента ожидание немедленного ответа даже ночью. Если служба не может этого обеспечить, такую границу заранее объясняют открыто.

13 48.13. Условный клинический пример: когда план не вписывается в жизнь

37-летней женщине с тремя детьми рекомендовали терапию дважды в неделю, ежедневные длительные упражнения и ведение нескольких дневников. На следующем приёме она винила себя за то, что ничего не смогла выполнить. При анализе выяснилось, что основная проблема — не мотивация, а уход за детьми, транспорт и ограниченные силы.

План сократили: один основной формат встреч, одна краткая ежедневная отметка и практическая помощь, согласованная с семьёй. Клиническая цель лечения сохранилась, но способ выполнения изменился. Успех состоял не в приспособлении пациентки к идеальной программе, а в безопасной и обоснованной адаптации программы к её жизни.

14 48.14. Практическое упражнение: найдите пробел в плане

Проанализируйте запись: «Депрессия. Начат препарат. Рекомендована психотерапия. Явка через месяц». В ней не отражены риск, цель, разъяснение действия препарата, действия при побочных эффектах, вид психотерапии и доступность её получения, способ ранней связи. Длинный документ для каждого пациента не обязателен, но важные клинические связи не должны теряться.

Перепишите запись кратко, но полно: рабочий диагноз и обоснование; текущий риск; выбранная пациентом цель; лечение; обратная связь и наблюдение. Затем проверьте: «Если завтра меня не будет на работе, поймёт ли другой специалист по этому плану, что нужно делать?» Этот вопрос показывает практическое качество плана.

15 48.15. Клинический семинар: две разные среды безопасности

У двух пациентов сходные депрессивные симптомы и пассивное желание смерти. Первый открыто говорит об опасных мыслях, имеет надёжного близкого человека и может быстро прийти на приём. Второй дома находится под угрозой, ограничен в средствах связи, а семья контролирует его обращения за помощью. Даже при одинаковом балле по шкале симптомов план помощи не может быть одинаковым.

Для первого пациента могут быть подходящими амбулаторное наблюдение и согласованный план безопасности, но индивидуальная оценка риска всё равно необходима. Для второго на первый план выходят безопасная среда, конфиденциальная связь и направление в соответствующие службы. Общий совет «расскажите близким» здесь может навредить. Каждый шаг соотносят с реальными условиями пациента.

Этот семинар показывает, что план составляют не только на основе медицинских симптомов. Способность принимать решения, угрозы, употребление веществ, питание, жильё и транспорт непосредственно влияют на безопасность. Обозначение состояния пациента как «низкого риска» не заменяет этих сведений.

На семинаре учащийся составляет для обоих пациентов план на день и на неделю. Записывают, какие сведения нужно получить сейчас, с кем можно связаться, на передачу какой информации есть согласие и что делать при обрыве связи. Ответы проверяют с учётом возможностей местных служб; не выдумывают несуществующие службы или номера для связи.

16 48.16. Основания для пересмотра плана

Заранее определяют обстоятельства, требующие повторной оценки без ожидания даты планового приёма. К ним относятся серьёзные побочные эффекты, новые психотические или маниакальные симптомы, резкое снижение приёма пищи и жидкости, усиление опасных мыслей или утрата поддерживающего окружения. Пациент не должен скрывать эти изменения, чтобы «не беспокоить врача».

Неявка на наблюдение — тоже информация. Она может быть связана с выздоровлением, транспортными трудностями, стыдом, нехваткой денег или ухудшением. Необходим план выяснения причины в рамках заранее согласованных правил связи и конфиденциальности. Сохраняются согласие пациента и границы службы; неприемлемы как бесконтрольное преследование, так и полное игнорирование опасного разрыва помощи.

При изменении плана причину кратко фиксируют. Это помогает следующему специалисту понять, почему лечение изменилось, и избежать повторения той же ошибки. Ценность клинического документа не в объёме написанного, а в сохранении связей между важными решениями.

48.17. Источники

[48.1] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222

[48.2] NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225

[48.3] WHO. Mental Health Gap Action Programme guideline, 2023. https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278

49-ГЛАВА

Классы антидепрессантов и карточки препаратов

Эта глава содержит учебную информацию для специалистов, а не индивидуальные назначения. Приведённые дозы представляют собой примеры лечения депрессивного эпизода у взрослых из отдельных официальных британских инструкций SmPC. Отдельно проверяются инструкция зарегистрированного в Узбекистане препарата, лекарственная форма, возраст пациента, беременность, состояние печени и почек и взаимодействия. Нельзя переносить взрослые дозы на детей. Изменение дозы и отмена препарата проводятся совместно с лечащим врачом.

1 49.1. О чём говорит и о чём не говорит название класса?

СИОЗС селективно блокируют обратный захват серотонина. СИОЗСН влияют на обратный захват серотонина и норадреналина. Трициклические антидепрессанты воздействуют на несколько рецепторов и транспортёров; ингибиторы МАО блокируют фермент моноаминоксидазу. Профили действия миртазапина, вортиоксетина, агомелатина и других средств не полностью укладываются в эту краткую классификацию.

Даже препараты одного класса различаются по периоду полувыведения, воздействию на ферменты и интервал QT, симптомам отмены и лекарственной форме. Поэтому подход «все они СИОЗС, значит, одинаковые» недостаточен. Новый препарат не становится автоматически эффективнее или безопаснее старого. Выбор связан с клинической потребностью, риском, предыдущим ответом и предпочтениями пациента.

2 49.2. Карточка 1: сертралин

Класс: СИОЗС. В указанной инструкции начальная доза при депрессивном эпизоде у взрослых составляет 50 мг/сут. При необходимости её повышают с шагом 50 мг, выдерживая между изменениями дозы не менее одной недели; максимальная доза — 200 мг/сут [49.1]. Это не означает, что обязательно нужно достичь верхней границы. Оптимальную дозу выбирают с учётом ответа и переносимости.

При наблюдении спрашивают о желудочно-кишечном дискомфорте, изменениях сна, сексуальной функции, активации и динамике суицидальных мыслей. Совместный приём с серотонинергическими препаратами может повышать риск серотонинового синдрома.

Отдельно учитывают риск кровотечений, склонность к снижению натрия и заболевания печени. Пациента заранее информируют о начальных побочных эффектах, но не обесценивают любые неприятные явления словами «это пройдёт».

3 49.3. Карточка 2: эсциталопрам

Класс: СИОЗС. При большом депрессивном эпизоде у взрослых обычно назначают 10 мг/сут; в зависимости от ответа можно повысить до 20 мг/сут. В пожилом возрасте, при нарушении функции печени и других особых обстоятельствах начальные и максимальные дозы могут отличаться [49.2]. Нельзя приравнивать дозу к дозе другого СИОЗС миллиграмм к миллиграмму.

Влияние на интервал QT — один из важных рисков. При заболеваниях сердца, электролитных нарушениях или приёме другого препарата, удлиняющего QT, нужна дополнительная оценка. Отслеживают сексуальные побочные эффекты, тошноту, сон и активацию. Общее определение «мягкий препарат» не оправдывает отказ от проверки противопоказаний и взаимодействий.

4 49.4. Карточка 3: флуоксетин

Класс: СИОЗС. В приведённой британской SmPC при депрессии у взрослых рекомендуется 20 мг/сут; при недостаточном ответе дозу можно постепенно повышать до 60 мг/сут [49.3]. Не следует смешивать ограничения, установленные в другой стране или для другого показания, с данными этой карточки.

Длительное сохранение флуоксетина и его активного метаболита означает, что взаимодействия продолжаются и после отмены. В отдельных ситуациях это свойство может смягчать последствия пропуска приёма, но усложняет замену препарата. Проверяют взаимодействия, связанные с CYP2D6. Длительный период полувыведения не означает, что можно произвольно прекращать и возобновлять приём.

5 49.5. Карточка 4: венлафаксин

Класс: СИОЗСН. Этот пример относится к инструкции обычных таблеток с немедленным высвобождением: начальные 75 мг/сут делят на два приёма; при необходимости после индивидуальной оценки дозу можно повысить до 375 мг/сут [49.4]. У формы с пролонгированным высвобождением иной режим приёма; её инструкцию читают отдельно. Эта карточка не является схемой самостоятельного начала амбулаторного лечения высокими дозами.

Обращают внимание на артериальное давление и пульс, активацию, сексуальные побочные эффекты и симптомы отмены. При нарушениях функции почек или печени может потребоваться коррекция дозы. Резкая отмена у некоторых пациентов вызывает выраженные неприятные симптомы. Перед повышением дозы проверяют регулярность приёма и фактический ответ на предыдущую дозу.

6 49.6. Карточка 5: дулоксетин

Класс: СИОЗСН. В приведённой инструкции начальная и поддерживающая доза при большом депрессивном расстройстве у взрослых составляет 60 мг/сут. Изучались дозы до 120 мг/сут, однако из этого нельзя заключить, что более высокая доза даст дополнительный эффект каждому человеку, не ответившему на 60 мг [49.5].

Проверяют давление, состояние печени и почек, употребление алкоголя и взаимодействия. При депрессии, сочетающейся с болевым синдромом, дулоксетин может быть подходящим вариантом, но это не означает, что им следует лечить любую боль. Оценивают причину боли, разрешено ли применение препарата именно по этому показанию, и общее соотношение риска и пользы.

7 49.7. Карточка 6: миртазапин

Класс: антидепрессант с норадренергическим и специфическим серотонинергическим действием. В приведённой SmPC начальная доза составляет 15 или 30 мг/сут; обычный эффективный диапазон — 15–45 мг/сут [49.6]. Седативные свойства учитывают при выборе времени приёма и планировании дневной активности.

Важны сонливость, усиление аппетита и прибавка веса. Правило «в малой дозе всегда сильнее усыпляет, а в высокой совсем не усыпляет» не позволяет надёжно предсказать индивидуальную реакцию. При лихорадке, боли в горле или других признаках инфекции клинически оценивают также возможность редких нарушений со стороны клеток крови. Улучшение сна не означает полного устранения депрессивного синдрома.

8 49.8. Трициклические антидепрессанты, ингибиторы МАО и другие препараты

Трициклические антидепрессанты могут быть эффективны в отдельных клинических ситуациях, но выбор ограничивают антихолинергические эффекты, ортостатическая гипотензия, влияние на сердечную проводимость и токсичность при передозировке. Доза сильно зависит от препарата, показания и пациента, поэтому здесь не приводится «общая доза для трициклических антидепрессантов». При суицидальном риске отдельно рассматривают количество выдаваемого препарата и безопасное хранение.

При назначении ингибиторов МАО важны серотонинергические и симпатомиметические средства, взаимодействия с пищей и перерывы между препаратами. Переход на этот класс требует наблюдения специалиста. Не все ингибиторы МАО одинаковы; нельзя смешивать правила для обратимых и необратимых ингибиторов. Необходимость длительного перерыва при переходе с флуоксетина на ингибитор МАО показывает, почему здесь не подходит простая «замена на следующий день» [49.7].

При оценке других средств сохраняется та же логика карточки: официальное показание; профиль действия; факторы, определяющие дозу; взаимодействия; лабораторный или клинический мониторинг; особенности отмены. Нельзя пропускать необходимый для препарата контроль печени со словами «проверим потом» или игнорировать соответствующее противопоказание у человека с риском судорог.

9 49.9. Правила безопасности для всех карточек

В список лекарств включают также безрецептурные средства и добавки. Быстро развившиеся ажитация, потливость, лихорадка, диарея, тремор, клонус или гиперрефлексия, вызывающие подозрение на серотониновый синдром, не расцениваются как обычное «привыкание к лекарству»; требуется неотложный медицинский осмотр. Впервые возникшие признаки мании также служат поводом для быстрого пересмотра лечения.

Необоснованное повышение дозы одного препарата, добавление второго и начало психотерапии в один день затрудняют интерпретацию результата. Фиксируют цель каждого изменения и точку контроля. Карточка упорядочивает мышление врача, но не заменяет его.

10 49.10. Доза, лекарственная форма и время приёма

Числовое значение дозы нельзя отделять от лекарственной формы. Обычная таблетка, капсула с пролонгированным высвобождением, форма, растворяющаяся во рту, и жидкий раствор могут содержать одно действующее вещество, но различаются режимом приёма и допустимостью деления. Измельчать средство с пролонгированным высвобождением или вскрывать капсулу можно не всегда; проверяют конкретную инструкцию. Сходство торговых названий не должно приводить к путанице между формами.

Путаница между миллилитрами и миллиграммами жидкого препарата приводит к серьёзным ошибкам. В рецепте и объяснениях точно указывают концентрацию и принимаемое количество. Вместо неопределённой меры «одна ложка» используют соответ-

ствующее продукту мерное приспособление. Отсутствие в этой главе доз жидких форм не означает, что их можно просто переносить с таблеток.

Изменение времени приёма может помочь справиться с отдельными побочными эффектами, но единого правила «утром» или «вечером» для всех препаратов нет. Учитывают сонливость, активацию, требование принимать с пищей и распорядок дня пациента. Нельзя давать общую рекомендацию принимать две дозы одновременно при пропуске; следуют инструкции конкретного препарата.

11 49.11. Цель титрации

Титрация — плановое изменение дозы. Это не просто быстрое достижение высокой дозы, а процесс оценки переносимости и наблюдения за клиническим ответом. Слишком быстрое повышение может усилить побочные эффекты, а длительное сохранение слишком низкой дозы — затруднить оценку эффективности. Темп определяют в соответствии с инструкцией препарата и особенностями пациента.

Особая осторожность необходима у пожилых, ослабленных пациентов, людей, принимающих много лекарств или ранее имевших выраженные побочные эффекты. Но «быть осторожным» не должно означать оставить пациента без лечения. В плане указывают, почему выбрана такая начальная доза и по каким признакам её будут менять.

Пациент может понять повышение дозы как «моя болезнь стала тяжелее». Поэтому объясняют, что титрация иногда является обычной частью плана. И наоборот, снижение дозы не означает, что «врач не уверен»: это может быть безопасное решение, основанное на побочных эффектах или новых клинических данных.

12 49.12. Фармакодинамика и фармакокинетика

При фармакодинамическом взаимодействии эффекты препаратов на организм складываются или противодействуют друг другу. Например, несколько седативных средств могут усиливать сонливость и риск падений. Совместное применение серотонинергических средств создаёт риск другого рода. Поэтому мнение «они относятся к разным классам, значит, сочетание безопасно» ошибочно.

При фармакокинетическом взаимодействии один препарат изменяет всасывание, метаболизм или выведение другого. Для некоторых антидепрессантов важно влияние на ферменты CYP. В этом случае одна и та же доза после добавления другого лекарства может давать иную концентрацию. При отмене лекарства взаимодействие также может исчезнуть, изменив действие ранее назначенного препарата.

На практике проверяют весь список: психиатрические и кардиологические средства, препараты от боли и простуды, растительные добавки и употребление психоактивных веществ. Пациент может не считать «натуральный» продукт лекарством. Открытый вопрос «Что ещё вы принимаете?» и просмотр упаковок или их фотографий иногда дают более точные сведения, чем перечисление названий по памяти.

13 49.13. Индивидуализация исходного мониторинга

Одинаковый набор анализов не обязателен для каждого антидепрессанта. Мониторинг соответствует препарату и рискам пациента. Например, если выбранное средство существенно влияет на давление, незнание исходного давления затрудняет интерпретацию последующих изменений. При риске удлинения QT рассматривают ЭКГ и оценку электролитов, при склонности к снижению натрия — соответствующий контроль, при специфическом риске для печени — оценку её состояния.

Исходные вес, сон, сексуальная функция и желудочно-кишечные жалобы также относятся к мониторингу. Ориентация только на лабораторию позволяет пропустить значимые для пациента побочные эффекты. Если отслеживать результат одними и теми же вопросами на каждом приёме, динамика становится яснее.

При беременности или грудном вскармливании обсуждают как риск отсутствия лечения, так и действие препарата. Резкая отмена всех лекарств не является автоматическим решением вопроса безопасности. Требуется индивидуальное решение совместно с психиатром и соответствующими специалистами по акушерству и педиатрии. Эти карточки для взрослых не заменяют специального решения в перинатальном периоде.

14 49.14. Условный клинический пример: одно название, другая форма

Ранее пациент принимал препарат с пролонгированным высвобождением, а в аптеке получил другую форму того же действующего вещества. Решив, что «миллиграммы одинаковые», он продолжил прежний режим и почувствовал неприятные симптомы. Врач не стал сразу заключать, что это аллергия на препарат или резистентность: проверили упаковку, форму, время приёма и фактическое количество.

Учебная ценность примера в том, что лекарственный анамнез не ограничивается названием. Вместе фиксируют форму, дозу, частоту приёма и дату замены. Пациенту объясняют, что проверять, если в аптеке выдали препарат другого производителя или в другой форме.

15 49.15. Практическое упражнение: составьте безопасную карточку

Если вы хотите составить карточку препарата, которого нет в списке, начинайте с официальной инструкции, а не с памяти. Отдельно выделите показание, возраст, форму, дозу, титрацию, особые популяции, противопоказания, основные взаимодействия и мониторинг. Запишите дату и страну источника. Затем повторно проверьте цифры.

Если сведения инструкции не соответствуют местному продукту, не публикуйте их как «универсальную дозу». Цель карточки — не разместить много чисел, а уменьшить число клинических ошибок. Особенно важно сохранять различие между максимальной дозой, интервалом повышения дозы и перерывом при замене препарата.

16 49.16. Клинический семинар: проверка рецепта

В условном рецепте указано действующее вещество, но не написаны лекарственная форма и частота приёма. У пациента есть две формы одного вещества. Даже если с фармакологической точки зрения это «правильный препарат», практически такой рецепт небезопасен. При проверке уточняют действующее вещество, форму, дозу на каждый приём, число приёмов в сутки и план изменений.

Во втором примере добавили новый препарат, но прежнее серотонинергическое обезболивающее не включили в список. Ошибка заключалась не в предположении об отсутствии взаимодействия, а в неполном сборе сведений. Поэтому список лекарств нужно обновлять при каждом значимом изменении. Список месячной давности может не полностью отражать сегодняшнюю ситуацию.

В третьем примере пациент хорошо отвечал на лекарство, но несколько дней не принимал его из-за окончания рецепта, после чего появились неприятные симптомы. Клинически оценивают, новый ли это эпизод, симптомы отмены или другое состояние. Вместо слов «у вас сформировалась зависимость от лекарства» объясняют последствия перерыва, особенности препарата и дальнейший безопасный план. Становится видно, что возможность непрерывно получать лечение — важная составляющая клинической эффективности.

17 49.17. Краткая проверка знаний

Вопрос: является ли указанная для препарата максимальная доза целевой для всех пациентов? Ответ: нет; это может быть официальная верхняя граница, а целевую дозу выбирают с учётом пользы, побочных эффектов и особых обстоятельств. Вопрос: означает ли одинаковое количество миллиграммов одинаковую силу действия двух антидепрессантов? Ответ: нет; миллиграммы нельзя напрямую сравнивать между классами и веществами.

Вопрос: прекращаются ли взаимодействия после отмены препарата? Ответ: не всегда; учитывают период полувыведения, активный метаболит и влияние на ферменты. Вопрос: если пациент чувствует себя хорошо, мониторинг не нужен? Ответ: субъективное улучшение не означает исчезновения всех клинических и лабораторных рисков. Контроль продолжают с учётом препарата и пациента.

49.18. Источники

[49.1] Сертралин. Общая характеристика лекарственного препарата (SmPC), emc, препарат 3501. https://www.medicines.org.uk/emc/product/3501/smpc

[49.2] Эсциталопрам. Общая характеристика лекарственного препарата (SmPC), emc, препарат 7069. https://www.medicines.org.uk/emc/product/7069/smpc

[49.3] Флуоксетин. Общая характеристика лекарственного препарата (SmPC), emc, препарат 11909. https://www.medicines.org.uk/emc/product/11909/smpc

[49.4] Венлафаксин с немедленным высвобождением. Общая характеристика лекарственного препарата (SmPC), emc, препарат 764. https://www.medicines.org.uk/emc/product/764/smpc

[49.5] Дулоксетин. Общая характеристика лекарственного препарата (SmPC), emc, препарат 12321. https://www.medicines.org.uk/emc/product/12321/smpc

[49.6] Миртазапин. Общая характеристика лекарственного препарата (SmPC), emc, препарат 532. https://www.medicines.org.uk/emc/product/532/smpc

[49.7] NHS SPS. Переход с СИОЗС на другие антидепрессанты у взрослых. https://www.sps.nhs.uk/articles/ssris-to-other-antidepressants-switching-in-adults/

50-ГЛАВА

Выбор первоначального лечения и оценка результата

Выбор первого лечения — не соревнование по поиску «самого сильного лекарства». Цель — начать помощь, соответствующую диагнозу и тяжести состояния, приемлемую для пациента и допускающую безопасное наблюдение. Неверно представлять психотерапию и фармакотерапию как конкурирующие пути: их роль меняется в зависимости от ситуации, а для некоторых пациентов оптимально сочетание.

1 50.1. Совместная оценка тяжести и потребностей

При менее тяжёлом состоянии обсуждают самопомощь с поддержкой специалиста, поведенческую активацию или другие психологические подходы с доказанной эффективностью. При более тяжёлой депрессии можно выбрать структурированную психотерапию, антидепрессант или их сочетание. Психотические, кататонические или угрожающие жизни состояния требуют быстрой специализированной помощи вне обычного амбулаторного алгоритма первой линии.

Тяжесть — не только число симптомов. Учитывают, насколько нарушены питание, сон, уход за собой, работа, учёба и отношения. Внешний признак «ходит на работу» не доказывает лёгкости внутреннего страдания. Отсутствие слёз или улыбка пациента также не исключают депрессию.

2 50.2. Перед началом пробного курса лечения

Если исходные показатели не зафиксированы, оценка дальнейших изменений будет зависеть от памяти. Записывают основные симптомы, функциональную цель, риск, сон и уже имеющиеся жалобы, похожие на побочные эффекты. Например, если не спросить, были ли трудности с сексуальной функцией до лечения, впоследствии можно ошибочно связать всё с препаратом.

С пациентом согласуют, чего и когда ожидать от лечения. Действие антидепрессанта не проявляется полностью после первой таблетки. Некоторые симптомы могут измениться раньше, а функциональное восстановление идёт в другом темпе. Вместе с тем слова «нужно лишь потерпеть несколько месяцев» не должны приводить к игнорированию побочных эффектов или ухудшения.

3 50.3. Правильная интерпретация ранних изменений

Улучшение сна в первые дни ценно, но это не ремиссия. Прибавка сил тоже не всегда означает безопасное уменьшение депрессии: у человека с сохраняющимися суицидальными мыслями отдельно переоценивают активность и риск. При появлении ажитации, беспокойства, акатизии или сниженной потребности во сне нельзя упрощать происходящее до «лекарство работает».

В начале психотерапии некоторые тяжёлые переживания могут ощущаться сильнее из-за повышенного внимания к эмоциям. Это нельзя автоматически считать ни ухудшением, ни полезным процессом. Пересматривают терапевтические отношения, соответствие метода, риск и возможности пациента. При любом методе пациент должен свободно сообщать о своём состоянии.

4 50.4. Что такое адекватный пробный курс лечения?

Адекватность курса определяется не названием препарата, а дозой, длительностью, регулярностью приёма и переносимостью. Шесть недель по календарю не означают полноценного курса, если пациент много дней пропускал приём или оставался только на низкой начальной дозе. И наоборот, при серьёзных побочных эффектах не нужно продолжать опасное лечение лишь для достижения «достаточной длительности».

При полном отсутствии ответа на лекарство повторное обсуждение через четыре недели приёма в признанной терапевтической дозе — чётко обозначенная в NICE точка оценки. Это не приказ менять каждый препарат ровно через четыре недели. Дальнейшее решение определяют частичный ответ, фактическое время на данной дозе, тяжесть и переносимость [50.1]. В психотерапии также оценивают не только число сессий, но и метод, участие, соответствие заданий и приближение к цели.

5 50.5. Ответ, ремиссия и восстановление

В исследованиях «ответ» часто обозначает снижение балла по шкале симптомов как минимум наполовину от исходного. Это полезная мера, но она не означает решения всех проблем пациента. При «ремиссии» клинически значимые симптомы минимальны; точный порог шкалы зависит от используемого инструмента. При «восстановлении» важны также жизненное функционирование и устойчивость состояния.

Например, несмотря на значительное снижение балла, пациент может не вернуться к работе, а тяжёлая бессонница или чувство вины могут сохраняться. Эти остаточные симптомы включают в дальнейший план. Ожидание от пациента положительных ответов ради улучшения показателей шкалы или убеждение «вы выздоровели» искажают клиническую оценку. Результат сопоставляют с опытом, о котором рассказывает сам пациент.

6 50.6. Побочные эффекты и приверженность лечению

Неприверженность лечению рассматривают не как повод для обвинения, а как проблему, которую нужно решить. Забывчивость, недоступность рецепта или лекарства, побочные эффекты, стигма, давление семьи и непонимание требуют разных решений. В дополнение к вопросу «Вы принимаете каждый день?» вопрос «В какие дни за последнюю неделю было трудно принять лекарство?» может дать более точную информацию.

Фиксируют тяжесть, длительность побочного эффекта и его значение для пациента. Для одного лёгкая сухость во рту приемлема, для другого она серьёзно мешает профессиональной речи. Решение опирается не только на врачебное «это не такой уж выраженный эффект», но и на общее соотношение пользы и риска и выбор пациента.

7 50.7. Условный клинический пример

Пациент 32 лет через три недели пришёл со словами «лекарство не работает». При разборе выяснилось, что он принимал препарат три-четыре дня в неделю, сон немного улучшился, но работоспособность не восстановилась. Вместо немедленного добавления нового препарата специалист выяснил препятствие к приёму: пациент боялся зависимости.

Ему объяснили действие лекарства и симптомы отмены, уточнили режим приёма и назначили повторную оценку. Параллельно добавили задачу по восстановлению активности. В этой ситуации имелась не «резистентная депрессия», а ещё не проведённый в полном объёме пробный курс лечения.

8 50.8. Объяснение первоначального выбора

Объясняя пациенту варианты, пользу, риск и практическую нагрузку описывают одинаково понятным языком. Психотерапию не представляют как «просто разговор», а лекарство — как «исправление мозга». Оба пути требуют активного участия и наблюдения. Независимо от выбора пациент должен понимать цель лечения и срок повторной оценки.

Например, объяснение «в вашем нынешнем состоянии есть два подходящих пути: один требует регулярных встреч, другой — приёма лекарства и наблюдения за побочными эффектами» создаёт основу для решения. Если предлагается сочетание, следует сказать, почему одного метода может быть недостаточно. И переложить выбор полностью на пациента, и вовсе лишить его выбора — не значит принять совместное решение.

Если пациент пока не готов решить, с учётом безопасности можно дать немного времени на размышление и договориться о следующем контакте. Но при тяжёлом опасном состоянии нельзя откладывать лечение на неопределённый срок. Баланс между срочностью и

добровольным участием находят в соответствии с клинической ситуацией.

9 50.9. Наблюдение на основе измерений

Повторное использование одной шкалы помогает системно видеть изменения симптомов. Но число само по себе не является результатом. Нужно вместе рассматривать исходный балл, изменившиеся симптомы и функциональные цели. Даже при снижении общего балла могут сохраняться суицидальные мысли или психотические признаки; такую ситуацию нельзя закрывать общим ярлыком «стало лучше».

Если пациент не понимает опросник или язык ему не подходит, достоверность результата снижается. При отсутствии валидированной версии на местном языке это ограничение отмечают. Самовольное изменение перевода с последующей оценкой по точным порогам оригинальной шкалы требует осторожности.

В листе наблюдения могут быть отдельные поля для даты, изменений лечения, оценки симптомов, функционирования, побочных эффектов и риска. Такой лист позволяет опирать дальнейшие решения на динамику, а не на память. Однако измерения не должны занимать всё время беседы: они упорядочивают её, а не заменяют.

10 50.10. Четыре сценария раннего улучшения

Первый сценарий: сон и аппетит улучшились, настроение меняется медленно, риск снизился. Это может быть основанием продолжить план и наблюдать за оставшимися симптомами. Второй сценарий: пациент стал активнее, но безнадёжность и суицидальные мысли сохраняются. Здесь нельзя оценивать активность только положительно, необходимо пересмотреть риск.

Третий сценарий: резко уменьшилась потребность во сне, ускорилась речь, у пациента появились масштабные рискованные планы. Это требует проверки вероятности гипомании или мании. Четвёртый сценарий: симптомы не изменились, но пациент стесняется сказать, что не принимал лекарство. Здесь первый шаг — не повышение дозы, а доверительная беседа и устранение препятствия.

За одинаковыми ответами «мне лучше» или «ничего не изменилось» могут стоять разные клинические ситуации. Поэтому просят конкретные примеры: «Что вчера вы смогли сделать иначе, чем обычно?», «Как вы засыпаете и просыпаетесь?», «Что изменилось в ваших опасных мыслях?» Уточнение — не допрос, а получение необходимых для решения сведений.

11 50.11. Когнитивные ошибки при оценке результата

Врач может замечать только положительные признаки, потому что верит в выбранный метод. Это склонность к подтверждению своей точки зрения. Желание порадовать пациента или защитить своё решение не должно приводить к преуменьшению побочных эффектов. Если в записях уделять равное внимание пользе и вреду, вероятность такой ошибки уменьшается.

Другая ошибка — придавать чрезмерное значение последнему дню. Одна плохая ночь перед приёмом может заслонить улучшение за целый месяц, а один хороший день — продолжающееся тяжёлое состояние. Поэтому спрашивают о периоде в целом и об обычных днях. Здесь помогают дневник или короткие записи пациента.

Третья ошибка — измерять функционирование только возвращением к работе. У пенсионера или человека, занятого уходом за близкими дома, восстановление проявляется иначе. Уход за собой, общение, принятие решений и возвращение к интересам также важны. Лечение нужно не только для возвращения человека к трудовой продуктивности.

12 50.12. Условный клинический пример: не обесценивать частичный ответ

Пациент 48 лет сообщил, что за шесть недель уменьшились плаксивость и бессонница, но «я всё ещё не такой, как раньше». Он хотел сразу полностью сменить лечение. В беседе выяснилось, что он снова готовит еду и выходит на короткие прогулки, но крупные рабочие задачи всё ещё даются тяжело.

Это была не полная ремиссия, но и не полная неэффективность. Повторно оценили имеющуюся пользу, остаточные симптомы, дозу и длительность курса, а также потребность в психотерапии. Пациенту объяснили, что признать частичный ответ не означает «смиритесь с таким состоянием». Следующий шаг направили на сохранение пользы и достижение недостающего результата.

13 50.13. Практическое упражнение: первый контрольный приём и цифры

Напишите для себя краткий сценарий первого контрольного приёма. Включите фактический приём препарата, побочные эффекты, сон, активацию, риск, симптомы и функционирование. Укажите, какое клиническое решение связано с каждым ответом. Если ответ на вопрос не влияет на план, пересмотрите цель этого вопроса.

Затем сравните исходный и последующий баллы шкалы, но в конце запишите один функциональный результат словами самого пациента. Например, запись «снова разговаривает вечером с ребёнком» рядом с «балл снизился» связывает восстановление с чело-

вческой жизнью.

14 50.14. Клинический семинар: одинаковый срок, три разных результата

Три пациента пришли через месяц после начала лечения. Первый регулярно принимал терапевтическую дозу, и симптомы заметно уменьшились. Второй прекратил приём после первой недели, но не сообщил об этом. Третий принимал регулярно, однако из-за выраженных побочных эффектов его повседневное функционирование ухудшилось. Календарный срок одинаков, а клинические курсы различны.

У первого пациента оценивают остаточные симптомы и функционирование, составляя план сохранения достигнутой пользы. У второго решают вопрос о причине прекращения приёма, а не о неэффективности лечения. У третьего вместо автоматического шага «месяц прошёл, теперь надо повысить дозу» пересматривают соотношение пользы и риска. Назначение всем троим одинаковой схемы замены без выяснения этих различий сводит клиническое мышление к рецепту.

Участник семинара определяет для каждого пациента одну конкретную цель и один показатель безопасности до следующего приёма. Цель связывают не только со снижением балла, но и со значимой для пациента функцией. Показатель безопасности описывает изменение, требующее срочной повторной оценки. Так лечение переходит от «подождём и посмотрим» к целенаправленному наблюдению.

15 50.15. Баланс терпения и активности при частичном ответе

В лечении депрессии есть две противоположные ошибки: менять схему каждую неделю и ничего не менять месяцами. В первом случае не остаётся времени оценить действие препарата или психотерапии. Во втором может продолжаться неэффективное лечение или лечение с тяжёлыми побочными эффектами. Баланс основывается на динамике симптомов, достаточности дозы и длительности, риске и желании пациента.

При частичном ответе решение «ещё подождать» также требует обоснования. Записывают, что улучшается, когда повторят оценку и при каких признаках начнут действовать раньше. Аналогично, принимая решение «меняем», обсуждают, что можно сохранить и что есть риск потерять. Активность клинического решения не всегда измеряется добавлением нового препарата.

Пациент не должен понимать терпение как необходимость «терпеть страдание». Он имеет право сообщать о побочных эффектах или опасных изменениях. Специалист чётко различает предоставление времени для действия лечения и игнорирование вреда. В объяснении сочетаются два сообщения: для эффекта может понадобиться время; при тяжёлом ухудшении ждать не нужно.

16 50.16. Краткая проверка знаний

Вопрос: является ли первое положительное изменение ремиссией? Ответ: нет, это часть общего клинического результата. Вопрос: определяется ли неэффективность только субъективным ответом пациента? Ответ: опыт пациента занимает центральное место, но анализируется вместе с симптомами, функционированием, приёмом и побочными эффектами. Вопрос: всегда ли небольшое изменение по шкале клинически значимо? Ответ: не вне контекста; учитывают ошибку измерения и функциональный смысл.

Вопрос: означает ли ответ на лекарство, что психотерапия не нужна? Ответ: могут сохраняться остаточные симптомы, проблемы отношений и жизненные трудности; потребность оценивают индивидуально. Вопрос: нужна ли оценка риска пациенту, предпочитающему психотерапию? Ответ: безусловно, безопасность — общее требование для всех путей лечения.

50.17. Источники

[50.1] NICE. Депрессия у взрослых: лечение и ведение. NG222, лечение последующих линий. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[50.2] Правительство Шотландии. Качественное назначение антидепрессантов: руководство по совершенствованию, 2024–2027. https://www.gov.scot/publications/quality-prescribing-antidepressants-guide-improvement-2024-2027/

[50.3] ВОЗ. Руководство Программы действий по преодолению пробелов в области психического здоровья, 2023. https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278

51-ГЛАВА

При недостаточном ответе на лечение

Недостаточный ответ не означает ни «нежелания лечиться» у пациента, ни полного провала специалиста. Это новая клиническая информация. Она требует повторного анализа диагноза, фактического хода лечения, сопутствующих состояний и сохраняющихся жизненных препятствий.

1 51.1. Прежде всего: что мы называем неэффективностью?

Полное отсутствие ответа, частичный ответ и невозможность продолжать лечение из-за побочных эффектов — не одно и то же. В первом случае основные симптомы существенно не изменились. Во втором польза есть, но ремиссия или функциональное восстановление недостаточны. В третьем препарат теоретически может быть эффективным, но пациент не может продолжать его безопасным или приемлемым образом.

Это различие определяет следующий шаг. При частичном ответе и хорошей переносимости можно обсуждать оптимизацию текущего лечения или дополнительную стратегию. При полном отсутствии пользы или преобладании побочных эффектов замена может быть более обоснованной. Ни один вариант не является автоматическим правилом для всех пациентов.

2 51.2. Исключение псевдорезистентности

Псевдорезистентность — ситуация, похожая на неэффективность, в которой адекватное лечение ещё не проведено. Среди причин — неверный диагноз, недостаточная доза или длительность, нерегулярный приём, взаимодействия, неподходящая психотерапия и продолжающееся употребление психоактивных веществ. Термин используют не для обвинения пациента, а для поиска устранимого фактора.

Полезно отдельно записывать каждый предыдущий курс: препарат; показание; достигнутая доза; время на этой дозе; регулярность приёма; результат; побочные эффекты; причина отмены. Само сообщение «принимал пять лекарств» не означает пяти адекватных курсов. Разные торговые названия одного препарата иногда ошибочно считают отдельными курсами.

3 51.3. Возвращение к вопросу о диагнозе

Повторно оценивают гипоманию или манию в прошлом, смешанные симптомы, психоз, расстройство, связанное с травмой, ОКР, состояния, связанные с психоактивными веществами, и особенности личности. По клиническим показаниям исследуют боль, апноэ сна, заболевания щитовидной железы, анемию и другие соматические факторы. Выбирают обследование на основе симптомов и анамнеза, а не неограниченный набор лабораторных анализов каждому пациенту.

Пересмотр диагноза не означает отрицания работы предыдущего врача. Со временем история болезни становится полнее. Период, который пациент раньше вспоминал как «хорошее настроение», позже может оказаться характерным для гипомании. Если появляются такие новые сведения, может потребоваться изменение всей модели лечения, а не повышение дозы.

4 51.4. Оптимизация и замена

Перед повышением дозы проверяют, сколько времени прошло на текущей дозе, пользу, побочные эффекты и официальные пределы дозирования. Более высокая доза не всегда означает более высокую эффективность: иногда усиливаются побочные эффекты и ухудшается регулярность приёма. Цель решения — улучшить соотношение пользы и риска, а не «дойти до максимума».

При замене существуют прямой переход, постепенное снижение с последующим началом другого препарата и, в отдельных случаях, осторожная перекрёстная титрация. Подходящий способ зависит от конкретной пары препаратов. Единой универсальной схемы замены всех антидепрессантов нет. Переходы с участием ингибиторов МАО, длительно сохраняющийся флуоксетин и выраженные ферментные взаимодействия требуют особой осторожности [51.2; 51.3].

При появлении нового симптома различают три возможности: симптомы отмены прежнего препарата; побочные эффекты нового; повторное усиление депрессии. Головокружение, ощущения, похожие на электрические разряды, и начало вскоре после изменения дозы заставляют думать о симптомах отмены. Но вывод не делают только по времени: оценивают тяжесть и риск.

5 51.5. Различие между комбинацией и аугментацией

Совместное применение двух антидепрессантов можно называть комбинацией. Усиление действия антидепрессанта препаратом другого класса — аугментация. Хотя в литературе эти термины иногда используются шире, в клинической записи должно быть ясно, какой именно препарат и с какой целью добавлен.

Больше препаратов не означает больше лечения. Каждое дополнительное средство увеличивает побочные эффекты, взаимодействия, расходы и сложность приёма. До добавления определяют целевой остаточный симптом или клинический результат, срок оценки и порядок отмены при отсутствии пользы. Добавление или изменение психотерапии также может быть стратегией следующей линии; следующий шаг — не только таблетка.

6 51.6. Понятие резистентной к лечению депрессии

Во многих исследованиях и клинических системах рабочим критерием служит отсутствие ответа как минимум на два адекватных курса антидепрессантов в текущем эпизоде. Однако определения «адекватной» дозы, длительности, класса и ответа в источниках различаются. Поэтому в документах пишут не только слово «резистентная», но и то, какие виды лечения и как проводились.

Этот термин не следует представлять пациенту как безнадёжный приговор. Депрессия, которая труднее отвечает на лечение, требует более широкого клинического анализа, пересмотра целей и усиления сотрудничества специалистов. При психотических симптомах, высоком суицидальном риске или нарушении питания вместо ожидания ещё одного обычного курса организуют срочную специализированную помощь. ЭСТ, другие методы нейромодуляции и специальные фармакологические стратегии требуют обращения к соответствующей главе и оценки специалиста.

7 51.7. Условный клинический пример

Пациент сообщил, что три антидепрессанта не помогли. Первый он отменил через неделю, второй принимал в очень низкой дозе с перерывами, а третий при достаточной дозе и длительности дал частичную пользу. Одновременно выявили вечернее употребление алкоголя и признаки, характерные для апноэ сна.

Запись «резистентен к трём препаратам» в этом случае создала бы неверное представление. Реальные курсы пересчитали, вопросы сна и алкоголя включили в план, а продолжение или изменение частично эффективного лечения обсудили с пациентом. Целью стало выявление настоящей проблемы, а не увеличение числа новых лекарств.

8 51.8. Аудит резистентности

При аудите резистентности полезно свести предыдущие курсы в таблицу. В первом столбце указывают препарат или метод психотерапии, во втором — дозу или интенсивность, в третьем — время на достаточном уровне, в четвёртом — приверженность, в пятом — результат и причину прекращения. Пустое поле означает недостаток информации, а не «нет».

Сведения о получении препарата в аптеке не полностью доказывают его приём. Рассказ самого пациента также дополняют конкретными вопросами без обвинений. При изучении старых документов различают торговые названия одного лекарства и повторные записи об одном курсе. Цель аудита — ответить не на вопрос «кто ошибся?», а на вопрос «что мы сейчас достоверно знаем?».

При аудите психотерапии оценивают не только число сессий, но и цель, метод, квалификацию специалиста, участие пациента и терапевтические отношения. Две консультации не равны структурированному курсу. В то же время неправильно продолжать небезопасные или унижающие пациента отношения со словами «завершите курс».

9 51.9. Сохраняющиеся факторы среды

Во время лечения депрессии могут продолжаться насилие, жилищные проблемы, долги, нагрузка по уходу за близкими или унижение на работе. Наличие этих факторов не делает болезнь «только социальной» и не отменяет автоматически лекарственную терапию. Но последовательная замена препаратов без их учёта может не дать ожидаемого результата.

Важно спросить, что в повседневной жизни пациента осталось прежним. Навык, освоенный в терапии, можно применять в безопасной среде, но при реальной угрозе его недостаточно. В таких ситуациях оценивают безопасность и потребность в направлении за социальной и правовой помощью. Психиатр не решает лично все проблемы, но не исключает их из клинического плана.

Хроническая боль и нарушения сна также осложняют ответ на лечение. Это не «оправдания» депрессии, а сопутствующие проблемы, требующие отдельной оценки. При междисциплинарном сотрудничестве обмен информацией и ответственность должны быть ясными, чтобы работа всех специалистов служила общей цели.

10 51.10. Письменный план замены

В плане замены указывают, какой препарат и как меняется в каждый день, когда начинают другой, о каких симптомах сообщать и с кем связываться. Если необходим перерыв, объясняют его причину. План должен быть понятным, чтобы пациент не возобновил прежний препарат самостоятельно, решив, что «остался между лекарствами».

Одновременная смена названий двух препаратов и устное объяснение времени приёма создают риск ошибок. Полезны краткая таблица или письменная инструкция, но врач должен проверить их применимость к конкретному пациенту. В этой книге нет универсальной таблицы перекрёстной титрации, поскольку безопасный интервал зависит от пары препаратов и клинической ситуации.

Чтобы распознать новые побочные эффекты во время замены, фиксируют уже имеющиеся симптомы. Если тремор был раньше, важно его усиление и появление новых вегетативных или неврологических признаков. При быстро развившемся тяжёлом состоянии не успокаивают по телефону словами «наверное, это отмена», а организуют необходимую очную оценку.

11 51.11. Когда нужно второе мнение?

Если тяжёлые симптомы сохраняются несмотря на несколько адекватных курсов, диагноз неясен, многокомпонентная схема усложняется или рассматривается специальное лечение, полезно мнение второго специалиста. Это не отказ от пациента, а повышение качества решения. В направлении чётко указывают предыдущие курсы, риск, соматическое состояние и текущий вопрос.

Вместо краткого направления «резистентная депрессия, консультация» конкретный запрос вроде «частичный ответ после двух документированных курсов; сведения о биполярности неясны; оценка аугментации или другой стратегии» облегчает работу специалиста. Пациент также понимает причину направления и не воспринимает его как признак безнадёжности.

Получение второго мнения не означает, что прежний план автоматически признаётся неверным. Рассматривают, какие новые данные изменили решение. Если мнения двух специалистов различаются, согласуют общий безопасный план, не оставляя пациента между двумя противоречащими схемами.

12 51.12. Условный клинический пример: остаточный симптом или побочный эффект?

У пациента уменьшилась подавленность, но сохранились дневная вялость и трудности с вниманием. Он расценил это как «депрессия не прошла». В беседе выяснилось, что вялость усилилась после повышения дозы и что был добавлен ещё один седативный препарат. Одновременно имелись признаки апноэ сна.

Прежде чем добавлять новый антидепрессант, разграничили вклад остаточной депрессии, побочных эффектов и нарушения сна. Анализ динамики позволил сохранить несколько возможных объяснений. Пример показывает, что из сообщения «всё ещё плохо себя чувствует» нельзя автоматически заключать «недостаточная доза».

13 51.13. Практическое упражнение: уточнение понятия неэффективности

Превратите фразу пациента «ничего не помогает» в клиническую информацию. Что именно? Как долго? Что изменилось? Что не изменилось? Какой эффект заставил прекратить приём? Эти вопросы не отвергают надежду, а разбивают общий безнадёжный вывод на конкретные решаемые части.

В конце согласуют с пациентом две фразы: «Что мы узнали из предыдущего лечения?» и «Чего ожидаем от следующего курса и когда оценим результат?» Так каждый шаг, даже не давший результата, улучшает информацию и план.

14 51.14. Клинический семинар: подтверждение двух адекватных курсов

У одного пациента известны названия двух препаратов, но нет сведений о дозах и длительности приёма. У другого дозы полностью записаны, но неясно, принимал ли он препараты одновременно или последовательно. У третьего оба курса были адекватными, но позднее выяснилось, что во время второго он продолжал употреблять стимуляторы. Во всех трёх случаях короткая фраза «два лекарства не помогли» недостаточно отражает клинические данные.

На семинаре для каждого случая определяют недостающие сведения. Затем записывают, что можно узнать от пациента, что из документов, а что от другого специалиста. Соблюдают согласие пациента и правила конфиденциальности. Отсутствие документов не даёт оснований считать пациента лжецом; неопределённость отмечают открыто.

После аудита каждый курс можно точно охарактеризовать: «адекватный, без ответа», «с частичным ответом», «ограниченный побочными эффектами» или «недостаточно данных». Эти обозначения используют не для оценки пациента, а для прояснения дальнейшего клинического пути. Пациенту также объясняют, что прежний опыт не пропал зря: он дал информацию, улучшающую следующий выбор.

15 51.15. За чем наблюдают после решения?

После замены или добавления стратегии новый план должен быть документирован лучше прежнего. Записывают исходные остаточные симптомы, риск, функционирование и побочные эффекты. На следующем приёме, помимо общего вопроса «лучше?», сравнивают именно эти показатели. При отсутствии результата это помогает не попасть снова в цепочку смен лечения без достаточных данных.

Если одновременно произошло значительное социальное изменение или началось лечение соматического заболевания, трудно связать результат только с новым антидепрессантом. Это не означает, что препарат бесполезен, но требует осторожности в причинных

выводах. В клинической практике нельзя контролировать все факторы, однако можно фиксировать важные изменения.

Пациент может устать от многочисленных попыток. Вместо сухой фразы «попробуем ещё одно лекарство» следует объяснить, чем этот курс отличается от предыдущих, какая неопределённость устранена и как будет вестись наблюдение. Доверие к лечению строится не только на оптимистичных обещаниях, но и на понятной логике и последовательном общении.

16 51.16. Краткая проверка знаний

Вопрос: каждый ли новый препарат означает новый адекватный курс? Ответ: нет, важны доза, длительность и приём. Вопрос: отменяет ли резистентность необходимость пересмотра диагноза? Ответ: напротив, усиливает её. Вопрос: можно ли заменять любую пару антидепрессантов перекрёстной титрацией? Ответ: нет, проверяют взаимодействия конкретной пары и правила перерыва.

Вопрос: если пациент сообщил, что не принимал лекарство, лечение закончено? Ответ: нет, выясняют препятствие и пересматривают план. Вопрос: обращение за вторым мнением — слабость специалиста? Ответ: в сложном случае это способ повысить безопасность и качество. Вопрос: может ли термин «резистентная» означать отсутствие надежды? Ответ: нет, он указывает на потребность в дальнейшей оценке и специализированной помощи.

51.17. Источники

[51.1] NICE. Депрессия у взрослых: лечение и ведение. NG222. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222

[51.2] NHS SPS. Стратегии замены антидепрессантов. https://www.sps.nhs.uk/articles/switching-strategies-for-antidepressants/

[51.3] NHS SPS. Переход с СИОЗС на другие антидепрессанты у взрослых. https://www.sps.nhs.uk/articles/ssris-to-other-antidepressants-switching-in-adults/

[51.4] Правительство Шотландии. Качественное назначение антидепрессантов: руководство по совершенствованию, 2024–2027. https://www.gov.scot/publications/quality-prescribing-antidepressants-guide-improvement-2024-2027/

52-ГЛАВА

Аугментация: усиление эффекта лечения

Аугментация — стратегия усиления эффекта антидепрессанта другим средством при недостаточном ответе. Это не означает добавления второго препарата без оценки первого. Сначала пересматривают диагноз, дозу и длительность, регулярность приёма, сопутствующие заболевания и предпочтения пациента. Пользу дополнительного препарата сопоставляют с нагрузкой, связанной с мониторингом и побочными эффектами.

1 52.1. Когда можно обсуждать аугментацию?

Если текущий антидепрессант частично помог и хорошо переносится, его сохранение с усилением действия может быть логичным вариантом. Необязательно «сохранять любой ценой» препарат, который совсем не помог или вызвал серьёзные побочные эффекты. Обсуждают также альтернативы, включая психотерапию и замену препарата.

До аугментации уточняют цель: уменьшение общего депрессивного синдрома, контроль психотических симптомов или конкретного остаточного симптома? Например, логика сочетания антидепрессанта с антипсихотиком при психотической депрессии отличается от усиления частичного ответа при отсутствии психоза. За одинаковым списком лекарств могут стоять разные клинические задачи.

2 52.2. Литий: эффективность и ответственность

Литий используют для аугментации в отдельных случаях униполярной депрессии. Его назначение означает не просто выдачу рецепта, а организацию лабораторного контроля и понятного обучения пациента правилам безопасности. До начала оценивают функцию почек и щитовидной железы, кальций, вес и соответствующие клинические риски. Обсуждают вероятность беременности и репродуктивные планы.

Дозу лития определяют не только по миллиграммам, но и по концентрации в крови, клиническому ответу и переносимости. NICE указывает, что при аугментации уровень обычно составляет не менее 0,4 ммоль/л и не должен превышать 1,0 ммоль/л; для людей 65 лет и старше следует рассмотреть диапазон 0,4–0,6 ммоль/л. Кровь берут через 12 часов после последней дозы; контроль проводят через неделю после начала и изменения дозы, а до стабилизации — часто [52.1]. Эти цифры не предназначены для самостоятельного подбора дозы.

3 52.3. Беседа о безопасности при приёме лития

Обезвоживание, рвота, диарея, лихорадка или резкое уменьшение приёма пищи и жидкости могут изменить риски, связанные с литием. Важны взаимодействия с нестероидными противовоспалительными средствами, диуретиками и некоторыми препаратами, воздействующими на ренин–ангиотензиновую систему. Пациент должен консультироваться даже перед приёмом нового безрецептурного лекарства [52.2].

Выраженный или впервые возникший тремор, атаксия, нарушения речи, спутанность сознания, рвота и диарея заставляют подозревать токсичность. В такой ситуации требуется срочная клиническая оценка, а не ожидание следующего планового анализа. Токсичность иногда возможна и при лабораторном уровне, выглядящем «обычным»; число не ставят выше состояния пациента [52.2]. Пациенту выдают чёткие письменные инструкции и порядок связи.

В долгосрочной перспективе планово контролируют почки, щитовидную железу, кальций и уровень лития. Интервалы сокращают в зависимости от возраста, состояния почек, взаимодействий и стабильности. Если мониторинг недоступен, сначала решают вопрос о безопасной альтернативе или организации контроля, а не начинают со словами «потом как-нибудь справимся».

4 52.4. Усиление некоторыми антипсихотиками

Для аугментации могут использоваться некоторые антипсихотики второго поколения. Доказательства, разрешённые показания и профили побочных эффектов арипипразола, кветиапина, оланзапина или рисперидона неодинаковы. Необходимы местная инструкция и оценка специалиста. Добавление антипсихотика не означает автоматически наличия шизофрении; цель назначения объясняют открыто.

Обращают внимание на вес, окружность талии, давление и пульс, глюкозу или HbA1c, липиды и двигательные побочные эффекты. В зависимости от препарата оценивают седацию, ортостатическое головокружение, жалобы, связанные с пролактином, и сексуальную функцию. При сердечном риске или комбинации, влияющей на QT, может потребоваться ЭКГ. Контроль не ограничивается вопросом «не прибавили в весе?».

Особенно важно распознавать акатизию: внутреннее беспокойство, невозможность усидеть и постоянную потребность двигаться иногда принимают за тревогу или усиление депрессии. Если это началось после нового препарата или повышения дозы, оценивают вероятность побочного эффекта. Интерпретация акатизии как лечебного эффекта с дальнейшим повышением дозы может ухудшить ситуацию.

5 52.5. Другие стратегии и границы доказательств

Лиотиронин, ламотриджин и другие средства рассматривают в отдельных специальных ситуациях, но их доказательная база и статус неодинаковы. Наличие метода в практике специалистов не даёт оснований рекомендовать его каждому пациенту. Неверно использовать гормон щитовидной железы «для энергии» без анализов и клинической оценки или приравнивать витаминную добавку к аугментации с доказанной эффективностью.

Для каждой стратегии задают вопросы: у кого она изучалась, какой результат ожидается, каковы риски, какой мониторинг необходим и когда прекращать при отсутствии пользы? Каждый новый компонент лечения требует также повторной проверки, почему сохраняется предыдущий. Сокращение ненужной многокомпонентной схемы иногда полезнее добавления.

6 52.6. Условный клинический пример

У пациента 58 лет с сохраняющимся частичным ответом после двух адекватных курсов обсудили аугментацию. У него были диабет, избыточный вес и снижение функции почек. Одного вопроса «что сильнее: литий или антипсихотик?» было недостаточно. Для одного варианта учли почечные риски и взаимодействия, для другого — метаболическую нагрузку, для обоих — возможность наблюдения.

Пересмотрели рекомендации специалистов, предпочтения пациента и качество предыдущей психотерапии. В дополнение к решению записали, кто будет проверять конкретные анализы и при каких признаках нужно быстро связаться. Пример показывает, что аугментация — не название препарата, а целая система ведения.

7 52.7. Готовность к аугментации

Готовность к аугментации можно проверить в четырёх областях: клиническое обоснование, согласие пациента, возможность мониторинга и план оценки результата. Клиническое обоснование включает адекватный предыдущий курс, частичный ответ и рассмотрение альтернатив. Для согласия пациент понимает, зачем нужен дополнительный препарат и какие риски он добавляет. Для мониторинга понятен путь к анализам и приёмам. План оценки определяет, что делать дальше при отсутствии пользы.

Если одной из этих составляющих нет, не следует спешить с началом аугментации. Например, просто выписать литий пациенту, который не может посещать лабораторию, — не безопасное лечение. Или, если при добавлении антипсихотика ничего не сказано о метаболическом риске, согласие пациента не основано на полной информации.

Должно быть ясно и то, зачем сохраняется текущий антидепрессант. «Так долго принимал, пусть остаётся» — не клиническое обоснование. Есть ли польза, приемлем ли препарат, допустимы ли его взаимодействия с дополнительным средством — вот необходимые вопросы. Начало дополнительного препарата также даёт возможность пересмотреть прежнюю схему.

8 52.8. Ошибки интерпретации результатов анализа на литий

При интерпретации анализа на литий важно время взятия образца. Получив результат «низкий уровень в крови», перед повышением дозы проверяют время последнего приёма, пропуски и условия взятия крови. Образец, взятый не в то время, может не отражать действительный уровень в стандартных условиях. Одновременно рассматривают состояние пациента, функцию почек и новые лекарства.

Одно лабораторное число не исключает токсичности. Если впервые возникли атаксия, спутанность сознания или выраженный тремор, опасно откладывать осмотр со словами «результат в пределах нормы». И наоборот, неправильно пугать пациента отдельной цифрой без контекста. Клиническое состояние и лабораторные данные дополняют друг друга.

Пациенту объясняют, что нельзя резко менять потребление жидкости, при состояниях, ведущих к обезвоживанию, нужно быстро получить консультацию, а о новых лекарствах — сообщать. Это не неограниченное указание «пейте очень много воды»: учитывают состояние сердца и почек и другие медицинские ограничения. Простая, чёткая индивидуальная инструкция полезнее общего пугающего списка.

9 52.9. Беседа при добавлении антипсихотика

Слово «антипсихотик» может вызвать страх или ощущение стигмы. Объясняют различие между названием класса и причиной назначения: некоторые препараты применяются при нескольких состояниях. Однако нельзя скрывать побочные эффекты или называть препарат «обычным успокоительным».

Метаболический мониторинг не следует сводить к сдаче анализов. Спрашивают об изменениях аппетита, уменьшении активности, дневной сонливости и отношении пациента к весу. Если из-за прибавки веса пациент тайно прекращает лечение, страдают и течение депрессии, и доверие. Поэтому заранее дают возможность сообщать о неприемлемых эффектах.

При оценке двигательных побочных эффектов вопроса «есть ли беспокойство?» может быть недостаточно. Конкретно спрашивают о необходимости вставать и садиться, ходьбе, движениях рук и ног и субъективном внутреннем беспокойстве. При треморе,

ригидности или непроизвольных движениях сопоставляют их начало с изменением лекарственной терапии. Эти симптомы не оставляют без внимания как обычную часть депрессии.

10 52.10. Ограниченная во времени клиническая гипотеза

Полезно строить аугментацию как проверяемую клиническую гипотезу, а не как неопределённое решение «теперь принимать всегда». Гипотеза такова: добавление этого средства к текущему лечению должно улучшить определённый результат лечения депрессии. Записывают исходное состояние, ожидаемый результат, срок контроля и критерии побочных эффектов.

Такой подход не означает поспешной оценки действия препарата. Нужны достаточное для него время и титрация. Но дополнительное средство, принимаемое годами без проверки результата, тоже не является хорошей практикой. После достижения стабильности пересматривают, сохраняется ли задача каждого препарата и какие риски появились.

Снижение дозы или отмена также являются плановыми решениями. Одновременное изменение нескольких препаратов затрудняет понимание того, какое изменение к чему привело. Если нет неотложного риска, порядок изменений и наблюдения должен быть ясным. Всё обсуждают заранее, чтобы пациент не сокращал лечение самостоятельно.

11 52.11. Условный клинический пример: отличить акатизию от тревоги

После начала дополнительного препарата при депрессии с частичным ответом пациент обратился со словами «нервы стали ещё хуже». Он не мог сидеть, непрерывно ходил по комнате и описывал внутреннюю неусидчивость. Новым и преобладающим симптомом было двигательное беспокойство, а не подавленные мысли.

Врач не стал автоматически считать это усилением депрессии и повышать дозу. Оценили вероятность акатизии, риск и временную связь с препаратом. Дальнейшее решение приняли с учётом лекарства и клинического состояния. Пример показывает, к какой ошибке при аугментации может привести приписывание нового симптома прежнему заболеванию.

12 52.12. Практическое упражнение: запись о пользе и риске

Обоснуйте решение об аугментации пятью предложениями: что улучшило текущее лечение; что осталось; почему выбрано добавляемое средство; какие риски будут отслеживаться; когда повторно оценят результат. Затем добавьте шестое предложение: «Каков план, если пользы не будет?» Это простое упражнение помогает выявлять необоснованную полипрагмазию.

Для пациента готовят два коротких сообщения: «Какого изменения мы ждём?» и «При каких признаках нужно быстро сообщить?» Полное фармакологическое объяснение для специалиста не заменяет понятной пациенту инструкции по безопасности.

13 52.13. Клинический семинар: нельзя обещать эффективность без мониторинга

У двух пациентов одинаковая степень частичного ответа. Первый может сдавать анализы и приходить на приёмы; второй живёт далеко и редко посещает лабораторию. Если вариант аугментации требует регулярного лабораторного контроля, это различие влияет на выбор препарата. Нужно не лишать второго пациента помощи, а организовать контроль или рассмотреть более безопасную альтернативу.

На семинаре записывают цепочку мониторинга: кто назначает анализ, где его сдают, кому приходит результат, кто его оценивает и когда сообщает пациенту. Любой разрыв цепочки может создать риск. Прежде чем сказать «будет наблюдать семейный врач», проверяют, действительно ли эта задача согласована и передана ли необходимая информация.

В беседе о согласии говорят также о финансовой нагрузке и затратах времени на мониторинг. Обсуждение только цены препарата с умолчанием о стоимости анализов и приёмов создаёт неожиданные препятствия для пациента. Если он не может нести эту нагрузку, пересматривают план, а не обвиняют его в «несоблюдении лечения».

На следующем приёме даже при нормальных результатах мониторинга спрашивают о субъективных побочных эффектах и функционировании. Нормальный анализ не исключает дневной сонливости, акатизии или неприемлемой прибавки веса. Оценка пользы и риска объединяет лабораторные данные и человеческий опыт.

14 52.14. План отмены нужен уже в начале

С самого начала обсуждают, когда повторно оценивать дополнительный препарат и как действовать при отсутствии пользы. Это не попытка отвратить пациента от лечения, а защита от длительной бесконтрольной полипрагмазии. Сама отмена также может требовать соответствующего препарату поэтапного или иного специального порядка. Общее правило из книги не заменяет конкретного назначения.

Даже при достижении ремиссии не принимают автоматического решения «теперь отменяем всё». Оценивают риск рецидива, историю эпизодов, длительность лечения и предпочтения пациента. Если причина сохранения каждого средства ясна, понятны и последующие изменения. Список препаратов, причины назначения которых забыты, не является признаком хорошего ведения.

15 52.15. Краткая проверка знаний

Вопрос: означает ли аугментация лишь наличие двух препаратов? Ответ: нет, это стратегия, направленная на конкретную лечебную цель. Вопрос: абсолютно ли исключает токсичность нормальный уровень лития в крови? Ответ: нет, важны и клинические признаки. Вопрос: есть ли психоз у пациента, которому добавили антипсихотик? Ответ: необязательно; цель назначения объясняют отдельно от диагноза.

Вопрос: составляет ли наблюдение за весом весь метаболический мониторинг? Ответ: нет, в зависимости от препарата и риска нужны другие клинические и лабораторные показатели. Вопрос: если после дополнительного лекарства усилилось беспокойство, нужно ли повысить дозу, считая, что депрессия стала тяжелее? Ответ: сначала оценивают акатизию, активацию и другие причины. Вопрос: несущественна ли недоступность мониторинга? Ответ: это важный фактор безопасности при выборе.

52.16. Источники

[52.1] NICE. NG222, применение лития и пероральных антипсихотиков для аугментации. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/recommendations

[52.2] NHS SPS. Мониторинг терапии литием. https://www.sps.nhs.uk/monitorings/lithium-monitoring/

[52.3] NHS. Как и когда принимать литий. https://www.nhs.uk/medicines/lithium/how-and-when-to-take-lithium/

53-ГЛАВА

Лечение биполярной депрессии

Биполярная депрессия по внешним проявлениям может напоминать униполярную, однако стратегии лечения различаются. Основное отличие заключается не в самой текущей подавленности, а в наличии в анамнезе мании, гипомании или смешанных аффективных симптомов. Поэтому выбор антидепрессанта только по сегодняшнему настроению может привести к тому, что биполярность останется незамеченной.

1 53.1. Диагностика до начала и в ходе лечения

Выясняют, отмечались ли прежде снижение потребности во сне, необычная активность, ускоренная речь, чрезмерная уверенность, большие траты, рискованные решения и изменения, замеченные близкими. Важны продолжительность этих проявлений и их влияние на функционирование. Просто хороший день, профессиональный успех или бодрость после кофеина не равнозначны гипомании.

Семейный анамнез и сведения об активации после антидепрессанта помогают оценке, но сами по себе не устанавливают диагноз. С согласия пациента полезно получить информацию от близких и изучить прежние документы. Скрининговый опросник может усилить подозрение, но не подтверждает биполярное расстройство самостоятельно. При сомнениях организуют обследование специалистом, не торопясь с выводами, но и не откладывая обеспечение безопасности.

2 53.2. Острый период и долгосрочная профилактика

Облегчение острого депрессивного эпизода и предотвращение будущих эпизодов взаимосвязаны, но это разные цели. Одни препараты важны для профилактики мании, другие лучше изучены при биполярном депрессивном эпизоде. Термин «стабилизатор настроения» не гарантирует одинаковой эффективности во всех фазах.

Учитывают лечение, которое прежде было эффективным и хорошо переносилось, текущий прием препаратов, необходимость контроля их концентрации в крови, соматические риски, репродуктивные планы и выбор пациента. Если пациент уже принимает литий, прежде чем добавлять новый препарат, проверяют регулярность приема и соответствующую концентрацию в крови. Предположения «литий назначен, значит, все под контролем» недостаточно.

3 53.3. Варианты лечения

В NICE в качестве основных вариантов для взрослых с умеренной или тяжелой биполярной депрессией, не принимающих препараты для лечения биполярного расстройства, указаны комбинация флуоксетина с оланзапином или монотерапия кветиапином; в отдельных случаях рассматривают также оланзапин или ламотриджин [53.1]. Это рекомендация британского руководства; необходимо проверять местную регистрацию препаратов и индивидуальные противопоказания. Такой перечень не означает, что все препараты следует назначать одновременно.

Дозу ламотриджина повышают медленно и строго по инструкции. Кожная сыпь, особенно с поражением слизистых оболочек или ухудшением общего состояния, требует быстрой медицинской оценки. После перерыва в несколько дней или более самостоятельное возобновление прежней высокой дозы может быть опасным. Вальпроат и другие препараты могут изменять схему титрации ламотриджина.

При применении кветиапина и оланзапина важны седативные и метаболические эффекты, при лечении литием — контроль функции почек, щитовидной железы и концентрации препарата в крови. Репродуктивные риски вальпроата серьезны: вероятность беременности, контрацепцию, планы отцовства и местные ограничения обсуждают со специалистом. Общая характеристика «хорошо помогает при биполярном расстройстве» не дает оснований обходить эти риски.

4 53.4. Роль и ограничения антидепрессантов

При биполярном расстройстве I типа монотерапия антидепрессантом не является обычным выбором. Если рассматривается антидепрессант, должно быть ясно, с каким подходящим для биполярного расстройства средством, с какой целью и под каким наблюдением его назначают. ВОЗ также указывает на необходимость сочетать антидепрессант с лечением, стабилизирующим настроение, и наблюдать за признаками мании [53.2].

Переключение в манию или гипоманию на фоне антидепрессантов в прошлом, смешанные признаки и быстроциклическое течение требуют повышенной осторожности. Логика «подавленность сильная, значит, нужно увеличить дозу антидепрессанта» в такой ситуации может быть опасной. Вместе с тем пациенту не следует резко прекращать прием препарата на основании общей информации из интернета; изменения проводят по плану специалиста.

5 53.5. Наблюдение за переключением аффективной фазы

При наблюдении спрашивают не только о повышении настроения, но и о динамике потребности во сне, речи, количества планов, расходов, сексуальной активности, раздражительности и конфликтов. Пациент может чувствовать, что «теперь все отлично», тогда как близкие замечают его чрезмерное ускорение. Поэтому полезен заранее согласованный перечень ранних признаков.

Важно различать акатизию, тревогу и гипоманию. При акатизии преобладает внутреннее двигательное беспокойство, при гипомании происходят более широкие изменения настроения, энергии и функционирования. Эти состояния могут встречаться одновременно. Если бессонница сопровождается выраженной ажитацией, импульсивностью и суицидальными мыслями, необходима срочная оценка возможного смешанного состояния или другой опасной ситуации.

6 53.6. Психотерапия и повседневная стабильность

Психообразование не сводится к убеждению пациента принимать лекарства. Оно включает распознавание фаз заболевания и ранних предупреждающих признаков, стабилизацию сна и режима дня, сокращение употребления психоактивных веществ и безопасное взаимодействие с семьей. Структурированная психологическая помощь важна и для работы с депрессивными мыслями и трудностями функционирования.

Отказ от ночного сна, внезапное погружение в крупные проекты или бесконтрольный прием стимуляторов не поощряют как «возвращение в строй». При восстановлении активность повышают постепенно. При биполярной депрессии человек может скучать по своей прежней активности; цель — не ускорить его любой ценой, а вернуть к стабильной и безопасной жизни.

7 53.7. Условный клинический пример

Пациент 28 лет лечился по поводу повторяющихся периодов подавленности. После начала приема антидепрессанта он несколько дней спал очень мало, планировал новые бизнесы и взял деньги в долг. Вначале это расценили как «наконец-то выздоровление». При последующей беседе выяснилось, что подобный период был и без лекарств.

Специалист пересмотрел диагноз униполярной депрессии и провел полную оценку биполярного спектра. Были заново оценены текущий риск, финансовые и семейные последствия, сон и принимаемые препараты. План лечения направили не только на уменьшение подавленности, но и на управление сменой фаз и будущими эпизодами. Пример учит не считать любую бодрость после антидепрессанта успехом лечения.

8 53.8. Не упрощать различия между биполярным расстройством I и II типов

При биполярном расстройстве I типа центральное значение имеет мания в анамнезе. При биполярном расстройстве II типа оценивают историю гипомании и депрессивных эпизодов. Цифра «II» не означает легкости заболевания: депрессивное бремя и функциональные последствия могут быть серьезными. Вместе с тем обозначение любых колебаний настроения как биполярного расстройства II типа приводит к гипердиагностике.

Эмоциональная реактивность, реакция на межличностный конфликт, симптомы травмы, дефицит внимания или действие психоактивных веществ могут создавать картину, напоминающую биполярность. Важны наличие отдельного во времени эпизода, отличие от обычного состояния и изменения сна и энергии. Для уточнения диагноза история состояния в динамике часто ценнее одной беседы.

Решения об антидепрессантах при биполярной депрессии II типа также сложны; нельзя автоматически возвращаться к алгоритму лечения униполярной депрессии. Учитывают характер эпизода, прежние переключения фаз и смешанные признаки. Эта глава не дает готового рецепта для каждой подгруппы; она показывает необходимость сохранять клинические различия и принимать специализированные решения.

9 53.9. Смешанные признаки

Депрессивное настроение может сочетаться с повышенной энергией или ускорением потока мыслей, выраженной раздражительностью, сниженной потребностью во сне и импульсивностью. Опасно поспешно ограничиваться обозначением такой картины как «тревожной депрессии». Выявление смешанных признаков меняет выбор лечения и мониторинг риска.

Сама по себе ажитация не подтверждает смешанного эпизода. Проверяют также побочные эффекты препаратов, акатизию, действие психоактивных веществ и выраженную тревогу. Вместо постановки диагноза по одному симптому оценивают сочетание признаков, их продолжительность и анамнез. К словам пациента «внутри у меня есть силы, но жить не хочется» относятся особенно серьезно; риск оценивают без промедления.

При подозрении на смешанное состояние прежде, чем повышать обычную дозу антидепрессанта, пересматривают план со специалистом. Приоритетны безопасность, сон, импульсивные действия и поддерживающее окружение. Решение опирается не на настроение пациента в течение одного дня, а на клиническую картину фаз заболевания.

10 53.10. Линия жизни и ранние признаки

Вместе с пациентом можно составить линию жизни: отметить по годам или месяцам депрессивные, приподнятые, смешанные и стабильные периоды. На эту линию добавляют работу, сон, роды, употребление психоактивных веществ, изменения лекарственной терапии и крупные события. Это способ упорядочить анамнез, а не признание воспоминаний абсолютной истиной.

Ранние предупреждающие признаки индивидуальны. У одного человека может увеличиваться количество ночных сообщений, у другого — ненужных покупок, у третьего — резко сдвигаться время пробуждения. Знание этих признаков помогает раньше оценить новый эпизод. В плане, согласованном с близкими, четко указывают, при каком признаке и кому сообщать.

Такой план не предназначен для постоянного контроля над пациентом. Если любую обычную радость или активность каждый раз считать болезнью, человек может начать бояться собственной жизни. Поэтому вместе обсуждают различия между «здоровой активностью, характерной для вас» и «необычным фазовым изменением». Собственные наблюдения пациента занимают важное место в принятии решений.

11 53.11. Репродуктивные планы и долгосрочные решения

Обсуждение репродуктивных вопросов начинается не только после подтверждения беременности. Для соответствующих препаратов заранее обсуждают вероятность и планирование беременности, контрацепцию и планы отцовства. Особенно часто обновляются сведения о рисках и ограничениях вальпроата; необходимо проверять действующие местные инструкции и официальные предупреждения.

Если пациентка сообщает о наступившей беременности, ей не дают общего указания немедленно отменить или продолжать все препараты. Риск рецидива заболевания, действие препаратов и акушерскую ситуацию оперативно оценивают совместно специалисты. Тяжелое биполярное расстройство без лечения также несет риски для матери и ребенка. При принятии решения открыто обозначают обе стороны риска.

При длительном лечении проводят метаболический контроль, наблюдение за функцией почек, щитовидной железы и другими соматическими показателями в соответствии с препаратом. Цель контроля объясняют даже тогда, когда пациент чувствует себя хорошо. Мониторинг не означает «вы все еще больны», а служит средством обеспечения безопасности лечения.

12 53.12. Отношение к состоянию после ремиссии

Пациент может вспоминать период гипомании как лучшее время для творчества, продуктивности или уверенности в себе. Не отрицая этот опыт, специалист вместе с ним рассматривает сон, долги, конфликты в тот период и последствия последующей депрессии. Цель — не подавить активность человека, а сохранить ее безопасной и устойчивой.

Иногда семья тревожится из-за любой инициативы. В ходе психообразования объясняют разницу между здоровой целью и фазовым ускорением. Самому пациенту стабильность тоже может казаться скучной или вызывать чувство «это не я». Это ощущение обсуждают в терапии, не оставляя его скрытым сопротивлением лекарственному лечению.

При возвращении к работе или учебе важны постепенное увеличение нагрузки, регулярный сон и поддержка. Крупный заем после нескольких хороших дней, увеличение ночной работы или одновременное возвращение ко всем обязанностям могут затруднить восстановление. План помогает регулировать темп, сохраняя ценности человека.

13 53.13. Условный клинический пример: восприятие стабильности как «слабости»

Предприниматель 35 лет после выхода из депрессии был недоволен тем, что не может вернуться к прежнему темпу периода гипомании. Он считал, что лечение лишает его творческих способностей. В беседе рассмотрели и то, что в тот ускоренный период резко сократился сон, договоренности не выполнялись и остались долги.

План не ограничился указанием «не прекращайте прием лекарств». Оценили неприемлемые побочные эффекты, разделили рабочие цели на реалистичные этапы и согласовали признаки здоровой активности. Пример показывает, что при лечении биполярного расстройства личный опыт и самоидентификация пациента также имеют клиническое значение.

14 53.14. Практическое упражнение: план безопасности для двух фаз

Отдельно запишите ранние признаки депрессивного ухудшения и перехода в манию или гипоманию. Для каждого определите задачи пациента, близкого человека и специалиста. Пациент не принимает самостоятельно решение об изменении лекарств; он своевременно сообщает о признаках, а специалист оценивает состояние. Так план сохраняет и автономию, и безопасность.

15 53.15. Клинический семинар: сообщение «энергия вернулась»

После лечения пациент сказал: «У меня вернулась энергия». Первая интерпретация — депрессия ослабла. Однако при уточняющих вопросах выяснилось, что он две ночи почти не спал, составил множество планов и стал значительно раздражительнее обычного. Это сообщение потребовало более широкой оценки, чем простая констатация положительной динамики.

Участник семинара составляет два списка: признаки безопасного восстановления и признаки, вызывающие подозрение на переключение фазы. В первый список могут входить постепенное возвращение активности при сохраненной потребности во сне, реалистичность решений и улучшение функционирования. Во второй — резкое снижение потребности во сне, ускоренная речь, рискованные траты и снижение критической оценки. Этот перечень — не диагностический тест, а средство направления беседы.

Затем сопоставляют анамнез пациента и принимаемые им лекарства. Проверяют также употребление психоактивных веществ, новые препараты и соматическое состояние. При высокой вероятности мании или смешанного состояния приоритетны быстрая оценка специалистом и план безопасности. Субъективную оценку пациента «я чувствую себя хорошо» не отвергают, но она не служит основанием игнорировать опасное поведение.

16 53.16. Сохранение доверия к лечению

После впервые поставленного диагноза биполярного расстройства пациент может иначе взглянуть на прошлые годы, почувствовать стыд или гнев. Важно представлять диагноз как клиническую модель, объясняющую фазы заболевания, а не превращать его в характеристику личности. Используют формулировку не «вы такой человек», а «у вас периодически возникали такие эпизоды, и мы планируем научиться ими управлять».

В каждом решении сохраняют участие пациента. Выслушивают его отношение к лекарствам, профессиональные цели, семейные планы и прежний опыт. При этом открыто говорят о необходимости неотложной помощи при непосредственной опасности. Сотрудничество не означает перекладывания клинической ответственности на пациента.

17 53.17. Краткая проверка знаний

Вопрос: можно ли надежно отличить биполярную депрессию от униполярной только по признакам подавленности? Ответ: необходим полный аффективный анамнез. Вопрос: любая ли бессонница является гипоманией? Ответ: нет, оценивают снижение потребности во сне и другие фазовые признаки. Вопрос: является ли биполярное расстройство II типа «легким заболеванием»? Ответ: нет, депрессивное бремя может быть серьезным.

Вопрос: можно ли самостоятельно возобновить ламотриджин в прежней дозе после перерыва? Ответ: нет, порядок возобновления определяют специалист и инструкция. Вопрос: безопасно ли при беременности немедленно отменять все психиатрические препараты? Ответ: не автоматически; риски заболевания и препарата необходимо быстро оценить вместе. Вопрос: состоит ли долгосрочная цель в максимально возможном повышении настроения? Ответ: цель — стабильность, безопасность и восстановление функционирования.

18 53.18. Основной вывод главы

При биполярной депрессии наиболее важны полный аффективный анамнез, выявление текущего риска, выбор препарата в соответствии с фазой, осторожное отношение к антидепрессантам, контроль соматических и репродуктивных рисков, план в отношении сна и ранних признаков. Цель лечения — не однократное повышение настроения, а долгосрочная стабильность и восстановление жизни человека.

53.19. Источники

[53.1] NICE. Bipolar disorder: assessment and management. CG185. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/recommendations

[53.2] WHO. Antidepressant medicines in individuals with a depressive episode in bipolar disorder. https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/psychosis-and-bipolar-disorders/antidepressant-medi-in-individuals-with-a-depressive-episode-in-bipolar-disorder

[53.3] NHS SPS. Lithium monitoring. https://www.sps.nhs.uk/monitorings/lithium-monitoring/

54-ГЛАВА

Ведение тяжелых и неотложных состояний

Тяжесть депрессии и срочность помощи — не одно и то же. Пациент с тяжелыми симптомами может в данный момент быть физически стабилен, тогда как другой пациент с менее заметными проявлениями нуждается в немедленной помощи из-за непосредственного риска самоповреждения, интоксикации или обезвоживания. Поэтому прежде вопроса «какой антидепрессант?» задают вопрос «что сейчас нельзя откладывать?».

Эта глава не является рецептом неотложной помощи. Инъекции, седация, инфузии и реанимационные мероприятия требуют соответствующей подготовки, оснащенных условий, мониторинга и местного протокола. Иногда важная задача амбулаторного приема — не начать процедуру, а распознать риск и безопасно передать пациента необходимой службе.

1 Первые минуты: безопасность и медицинская стабильность

С пациентом говорят спокойно, кратко и понятно. Одновременные вопросы нескольких сотрудников, обвинения, громкий голос или внезапное окружение пациента могут усилить возбуждение. Для беседы снижают шум; обеспечивают безопасность сотрудников и пациента. Успокаивающее взаимодействие можно начать еще до установления диагноза.

Оценивают сознание, дыхание, кровообращение, температуру, физические повреждения и собирают сведения о недавно принятых лекарствах. При необходимости по клиническим показаниям проверяют глюкозу, оксигенацию, электролиты и проводят другие медицинские исследования. Ярлык «психиатрический пациент» не исключает гипогликемии, инфекции, инсульта, состояния после судорожного приступа или отравления.

Параллельно ведут работу в двух направлениях: устраняют угрожающую жизни медицинскую проблему и оценивают психический статус. Не обязательно полностью откладывать одно до завершения другого; команда распределяет задачи. Фиксируют, что установлено, что пока неизвестно и кто отвечает за следующее решение.

2 Суицидальный риск: индивидуальная ситуация, а не балл

Отдельно спрашивают о суицидальных мыслях, намерении, подготовке, прежних попытках, текущей импульсивности, психозе, психоактивных веществах, доступной поддержке и способности пациента воспользоваться помощью. Такие вопросы не «учат» опасному поведению. При этом подробное обсуждение способов опасных действий в беседе не требуется.

NICE NG225 рекомендует не использовать шкалы или распределение по группам «низкого–среднего–высокого» риска как самостоятельный инструмент принятия решений для прогнозирования будущего суицида или самоповреждения. Важны потребности, безопасность и индивидуальная клиническая формулировка случая. [54.1]

Обещание пациента «я этого не сделаю» не заменяет наблюдения, плана безопасности или необходимой стационарной помощи. При непосредственной опасности, тяжелом психозе или утрате способности заботиться о собственной безопасности нельзя просто направить пациента на очередной плановый прием. Наблюдение и ограничение доступа к опасным средствам организуют совместно; правовые основания и исключения из конфиденциальности оценивают согласно местному порядку.

3 Что мы уточняем при психотической депрессии?

Обычное самообвинение и стойкая бредовая убежденность — не одно и то же. Например, сожаление «я мало времени уделял ребенку» и не поддающееся коррекции убеждение «из-за меня погибнет весь город» различаются по клиническому содержанию. Помимо содержания, врач оценивает форму убеждения, критическое отношение, галлюцинации и влияние на поведение.

Возникает ли психоз только на фоне депрессии или он отмечался и в периоды, не связанные с настроением? Возможны ли мания, действие психоактивного вещества, лекарства или органическое заболевание? Эти вопросы меняют дальнейшую тактику лечения. Сведения от семьи полезны, но они не отменяют собственного рассказа и прав пациента.

NICE рекомендует специализированную помощь при психотической депрессии и рассмотрение комбинации антидепрессанта с антипсихотиком. Лечение подбирают индивидуально; контролируют метаболические, неврологические и другие побочные эффекты. При необходимости срочного ответа обсуждают также ЭСТ. Это не означает, что «при наличии психоза достаточно любого успокаивающего средства». [54.2]

4 Как отличить кататонию от обычной заторможенности

Мутизм, ступор, сохранение необычной позы, негативизм, эхолалия, эхопраксия или бесцельное возбуждение дают основания предполагать кататонический синдром. Диагноз не устанавливают по одному признаку. Кататония может встречаться при депрессии, других психических и соматических заболеваниях; опасно трактовать ее как «пациент намеренно не разговаривает».

В консенсусе BAP бензодиазепины и/или ЭСТ указаны среди подходов первой линии. Специалист может провести лоразепамовую пробу в клинических условиях, однако ее результат не является единственным доказательством диагноза. Поиск причины и профилактику осложнений проводят одновременно с лечением. Состояние с лихорадкой и вегетативной нестабильностью требует срочной оценки. [54.3]

Неподвижность, нарушения питания и трудности общения могут предрасполагать пациента к обезвоживанию, пролежням и тромбоэмболическим осложнениям. Поэтому уход — не «мелочь после основного лечения». Необходим четкий план наблюдения за температурой, приемом пищи и жидкости, движением, кожей и общим состоянием. При кататонии прежде автоматического назначения антипсихотика или повышения его дозы специалист оценивает риск.

5 Ажитация: движений много, причина не одна

Хождение пациента по комнате может быть проявлением депрессивной ажитации, сильной тревоги, акатизии, смешанного аффективного состояния, мании, делирия или состояния, связанного с психоактивными веществами. Например, если возникшее после изменения лекарственной терапии ощущение «внутри невыносимое беспокойство, не могу остановиться» принять лишь за усиление депрессии, это может привести к ошибочному повышению дозы.

Сначала используют безопасную деэскалацию, объяснения и уточнение потребностей. Если необходима быстрая седация, ее проводят с учетом конкретных клинических показаний, противопоказаний и мониторинга. NICE NG10 уделяет особое внимание наблюдению за сознанием, дыханием, пульсом, артериальным давлением и другими жизненными показателями после такого вмешательства. [54.4]

Быстрое успокоение не означает ремиссии депрессии. Седативный эффект может временно снизить двигательную активность пациента, но это не доказывает устранения безнадежности, психоза или суицидального риска. Инъекционная форма также не означает, что препарат всегда «сильнее» или «лучше» в долгосрочной перспективе. Неотложную цель и цель основного лечения документируют раздельно.

6 Отказ от пищи и воды

Уточняют причину: отсутствие аппетита, затруднение глотания, тошнота, бедность, бред, кататония или намерение наказать себя. Одного слова «не ест» недостаточно; фиксируют последний прием пищи, динамику массы тела, прием жидкости и общее физическое состояние.

При обезвоживании или длительном отсутствии питания нельзя только ждать действия антидепрессанта. Медицинская команда оценивает водно-электролитное состояние и питание. Быстрое возобновление питания после длительного голодания также не считают автоматически безопасным; вероятность осложнений возобновления питания учитывают согласно клиническому протоколу. [54.5]

7 Способность принимать решения и права

Тяжелый диагноз не означает, что пациент неспособен принимать любые решения. Оценивают возможность понять, удержать в памяти и сопоставить информацию, относящуюся к конкретному решению, и выразить выбор. Если препятствия связаны с языком, слухом, зрением, грамотностью или сильной тревогой, сначала адаптируют общение.

Документируют необходимые неотложные вмешательства, возможность получения согласия и правовые основания. Выбирают безопасный метод с наименьшими ограничениями. Желание члена семьи само по себе не подменяет права пациента; получение важных сведений от семьи и передача ей полномочий принимать решения — разные вещи.

8 Две учебные ситуации

Первый пациент: 58 лет, подавлен в течение нескольких недель, в последние дни отказывается от еды со словами «пища мне не принадлежит», отмечаются стойкое чувство вины и выраженная слабость. Прежде очередного рецепта здесь оценивают медицинскую стабильность, психоз, питание и безопасные условия оказания помощи. Психотическая депрессия может быть рабочей гипотезой, однако проверяют органические и другие причины.

Второй пациент: 33 года, после добавления нового лекарства не может усидеть на месте, говорит о «беспокойстве внутри тела»; в беседе мысли логичны, сон нарушен. Вместо поспешного определения состояния как «ажитированной депрессии» оценивают также акатизию и другие лекарственные эффекты. Связь симптома со временем меняет решение. Оба примера составлены для книги и не являются описаниями реальных пациентов.

9 Краткий порядок передачи пациента команде

В направлении указывают текущую проблему, причину срочности, жизненные показатели, важные сведения анамнеза, принятые препараты и время их приема, аллергии, потребности в обеспечении безопасности и контактных лиц. Записи «депрессия, доставлен» недостаточно. Устанавливают связь с принимающей службой и определяют ответственность за дальнейшее наблюдение.

10 Не путать делирий с депрессией или психозом

При делирии важны острое изменение внимания и осознания окружающего, колебания состояния в течение дня и когнитивные нарушения. Спутанность у пожилого пациента вечером при относительно ясном состоянии утром или внезапное изменение после инфекции требуют отдельной медицинской оценки. Гипоактивный делирий может выглядеть как состояние «тихого, подавленного пациента»; отсутствие крика или заметного возбуждения не исключает его. [54.6]

Врач уточняет временную последовательность: каким было когнитивное состояние прежде, насколько быстро произошли изменения, есть ли связь с лекарством или инфекцией? Ценны сведения человека, знающего обычное состояние пациента. Неверно как направлять все случаи спутанности исключительно в психиатрическое отделение, так и объяснять все психические проявления соматической причиной. Несколько состояний могут сочетаться.

11 Сверка лекарственной терапии на неотложном приеме

Уточняют названия принятых пациентом препаратов, дозы, время последнего приема, безрецептурные средства и психоактивные вещества. Описания «снотворное» недостаточно. По возможности сведения проверяют по упаковке, списку или прежним документам. Препараты с одинаковым действием могли приниматься повторно под разными торговыми названиями.

Если родственник говорит «такой-то укол всегда помогал», эту информацию выслушивают, но не превращают в автоматическое назначение для текущего состояния. Выясняют, для какого симптома и в каких условиях проводилось прежнее лечение и какие побочные эффекты возникали. Текущее состояние дыхания, сердечно-сосудистой системы, печени, почек и другие лекарства могут изменить выбор.

12 Что означает наблюдение?

За словом «наблюдение» должны стоять конкретные задачи: кто наблюдает, что оценивается, при каких изменениях кого вызывают и где записывают сведения? Применяют официальный порядок, соответствующий возможностям учреждения. Нельзя подменять сотрудника, осуществляющего медицинский мониторинг, близким родственником.

Наблюдение не сводится к пресечению опасных действий. Учитывают также боль, жажду, потребность в туалете, страдание от холода или шума. Если базовая потребность не удовлетворена, объяснить беспокойство только психопатологией легко, но неправильно. Сохранение человеческого достоинства не противоречит безопасности.

13 Пример неотложной беседы с пациентом и семьей

«Сейчас нам нужно серьезно оценить ваше состояние. Вы стали меньше есть и пить, а ваши мысли очень тяжелы. Сначала мы проверим также ваше физическое состояние, затем обсудим, какое лечение будет наиболее безопасным». Эта формулировка содержит описание проблемы и следующего шага, но не включает еще не подтвержденного диагноза или гарантии результата.

Семье: «Сейчас попытки переубедить его спором или проверить силу воли могут не помочь. Нам нужны от вас точные сведения о сне, питании, лекарствах и необычном поведении в последние дни». Задача становится понятной близким, их страх уменьшается. При этом следует избегать обсуждения пациента в его присутствии так, будто его рядом нет.

14 Первый этап после неотложной помощи

После уменьшения возбуждения полезно вместе с пациентом вернуться к произошедшему: что случилось, что помогло, какое вмешательство испугало и что в следующий раз можно сделать иначе? Это не поиск виноватого. Позднее пациент может объяснить потребность, о которой не мог сказать в тяжелом состоянии.

При выписке или переводе в другое отделение состояния «спокоен» недостаточно. Оценивают физическую стабильность, динамику психоза или риска, условия возвращения домой, лекарства, наблюдение и способ быстрого обращения за помощью. Записывают, на каких данных основан вывод о снижении риска. Возможность пациента своими словами сказать, когда и где состоится следующий прием, помогает проверить понимание.

15 Упражнение по обсуждению клинических ошибок

Учащемуся предлагается ситуация: после седации пациент заснул, а семья говорит: «Теперь все хорошо, заберем его домой». Каких сведений не хватает? Стабильны ли сознание и дыхание, наблюдали ли за действием введенного средства, повторно ли оценены основной синдром и риск, принято ли ответственное решение о выписке? Эти вопросы учат различать седацию и восстановление.

Второе упражнение: в беседе пациент отрицает опасные намерения, однако близкие сообщают о вчерашнем резком изменении. Мы не выбираем «правильный» рассказ по громкости голоса. Противоречие уточняют с учетом времени, контекста, дополнительных сведений и доверительной беседы с пациентом. Неопределенность отражают в документации и учитывают в безопасном плане.

16 Обоснование выбора условий помощи

Выбор амбулаторной помощи, дневного или круглосуточного стационара не определяется одним названием диагноза. Учитывают физическое состояние пациента, способность ухаживать за собой, динамику риска, домашние условия и реальные возможности службы. Наличие родственника дома не отменяет автоматически потребности в профессиональной помощи; проживание в одиночестве также не всегда означает необходимость стационара. Решение обосновывают индивидуально.

Иногда пациент боится больницы из-за негативного прошлого опыта. Вместо того чтобы считать этот страх «непризнанием болезни», выясняют его конкретную причину. Объясняют, какие будут условия, процедуры и права. Не снижая требований безопасности, по возможности сохраняют выбор и чувство контроля.

Если служба не располагает необходимым мониторингом или специалистом, организуют направление, а не обещают несуществующие возможности. «У нас есть уколы» не означает, что тяжелое состояние можно безопасно лечить здесь. Верное понимание границ возможностей учреждения служит важной защитой пациента.

17 Заключение

Вывод главы: результат неотложной помощи — не просто спокойно сидящий пациент, а обеспечение медицинской и психической безопасности, начало лечения, направленного на причину, и непрерывность помощи.

Источники

[54.1] NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations

[54.2] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222, разделы о психотической депрессии и ЭСТ. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

[54.3] Rogers JP, Oldham MA, Fricchione G и др. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia. Journal of Psychopharmacology, 2023;37:327–369. https://doi.org/10.1177/02698811231158232

[54.4] NICE. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NG10. https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/chapter/recommendations

[54.5] NICE. Nutrition support for adults. CG32. https://www.nice.org.uk/guidance/cg32/chapter/Recommendations

[54.6] NICE. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. CG103. https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/chapter/Recommendations

55-ГЛАВА

Эст, RTMS, КЕТАМИН и ЭСКЕТАМИН

Эти методы не являются простой заменой друг друга. ЭСТ — процедура, вызывающая контролируемый судорожный приступ; rTMS воздействует на нейронные сети магнитными импульсами; кетамин и эскетамин — фармакологические средства. При выборе учитывают не только то, «какой метод новее», но и диагноз, тяжесть, необходимость быстрого ответа, предыдущее лечение, медицинские риски и предпочтения пациента.

Прежде чем применять обозначение «резистентная», пересматривают правильность диагноза, достаточность длительности и доз проведенного лечения, соблюдение приема, побочные эффекты, биполярность, психоактивные вещества и сопутствующие заболевания. Кратковременная проба двух препаратов с разными названиями и две полноценные попытки лечения — не одно и то же. Вместе с тем неверно считать, что при угрожающем жизни состоянии обязательно последовательно испробовать все обычные методы.

1 Клиническая роль ЭСТ

Электросудорожную терапию рассматривают при тяжелой депрессии, отсутствии ответа на другие виды лечения или необходимости быстрого эффекта. Кататония, тяжелое нарушение питания и угрожающее жизни течение могут ускорить выбор. Современную ЭСТ проводит подготовленная команда с применением анестезии и мышечной релаксации. [55.1]

Пациенту объясняют цель процедуры, альтернативы и возможные результаты. Описания вроде «очищение мозга» или «стереть память и начать новую жизнь» не соответствуют ни науке, ни информированному согласию. Чтобы согласиться на процедуру или отказаться от нее, пациенту нужны понятная информация и возможность задавать вопросы.

При исходной оценке наряду с психиатрическим диагнозом изучают анестезиологический риск, физическое состояние, лекарства и когнитивное состояние. Когнитивная оценка — не только один балл: важны повседневная память пациента, рабочие задачи и изменения, замеченные близкими. Исходное состояние фиксируют, чтобы понимать последующие изменения.

2 Одновременное наблюдение за пользой и побочными эффектами ЭСТ

В ходе курса оценивают настроение, психоз, кататонию, питание, безопасность и активность. Жалобы на память не игнорируют лишь потому, что балл по шкале снизился. Возможны головная боль, спутанность после процедуры и трудности с памятью; у некоторых пациентов проблемы с автобиографической памятью сохраняются дольше. Риск зависит от расположения электродов, параметров импульса и индивидуальных особенностей. [55.2]

Если пациент говорит «я не помню разговор на прошлой неделе», это не отвергают автоматически как «саму депрессию». Уточняют время начала, вид нарушенной памяти, влияние на деятельность и динамику изменений. Команда пересматривает соотношение пользы и риска, корректируя технические параметры или план лечения. Такое решение нельзя принимать дистанционно по универсальному книжному рецепту.

Завершение острого курса не означает окончания лечения. Для профилактики рецидива планируют лекарственную терапию, психотерапию и в отдельных случаях продолженную ЭСТ. Документ по завершении курса должен содержать дату контроля, остаточные симптомы, план когнитивного наблюдения и способ обращения пациента за помощью.

3 rTMS: в чем отличие?

При повторяющейся транскраниальной магнитной стимуляции пациент обычно остается в сознании, и общая анестезия не требуется. Процедуру направляют на целевую область мозга согласно определенному протоколу. Количество и продолжительность сеансов зависят от устройства и протокола; не следует смешивать показания к обычным и ускоренным протоколам. [55.1]

Возможны дискомфорт в коже головы или головная боль; судорожный приступ — редкий, но требующий оценки риск. Заранее учитывают имплантаты, судорожные приступы в анамнезе, принимаемые лекарства и другие факторы. Официальные требования безопасности конкретного устройства имеют приоритет перед общими рекомендациями. Мнение «это магнит, значит, абсолютно безопасно для всех» неверно.

Нельзя приравнивать rTMS к любому домашнему магнитному устройству, электросну или аудиозаписи для релаксации. Результаты одного протокола также не распространяются автоматически на все аппараты и параметры. Уместно спросить у поставщика услуги название аппарата, используемый протокол, сведения о подготовке специалиста и способе оценки результатов.

При выборе метода учитывают и возможность посещать сеансы. Вместо обвинения пациента в «несотрудничестве», если он не может регулярно приходить из-за работы, расстояния или семейных обстоятельств, ищут практическое решение. Удобство важно,

но оно не отодвигает на второй план неотложную клиническую потребность.

4 Различия между кетамином и эскетамином

Кетамин — рацемическое вещество; эскетамин — его S-энантиомер. Дозы, путь введения, доказательства и разрешения для одного нельзя переносить на другой. Применение инфузионного кетамина при депрессии в некоторых странах может выходить за рамки зарегистрированных показаний; это требует отдельного информированного согласия и наблюдения специалиста.

В инструкции FDA к SPRAVATO за 2025 год указано применение интраназального эскетамина при резистентной депрессии у взрослых в качестве монотерапии или в сочетании с пероральным антидепрессантом. Показание при большом депрессивном расстройстве с острыми суицидальными мыслями или поведением относится к применению вместе с пероральным антидепрессантом. Это информация регулятора США; регистрацию и право применения в Узбекистане проверяют отдельно. [55.3]

Согласно той же инструкции, эффективность эскетамина в предотвращении суицида или уменьшении суицидальных мыслей и поведения нельзя считать доказанной. Первоначальное улучшение не отменяет необходимой госпитализации. Из-за седации, диссоциации, угнетения дыхания, изменений артериального давления и риска злоупотребления требуются контролируемые условия и наблюдение не менее двух часов. [55.3]

5 Что означает и чего не означает «быстрый эффект»?

Быстрое уменьшение тяжелого внутреннего страдания может иметь клиническую ценность. Однако облегчение после одного сеанса не гарантирует устойчивой ремиссии, функционального восстановления или будущей безопасности. Сроки оценки определяют заранее: текущий ответ, динамику последующих дней и план продолжения лечения записывают отдельно.

Выраженность диссоциативного переживания не является надежной мерой лечебного эффекта. Рассказ пациента «я чувствовал нечто необычное» отличают от реального изменения депрессии. И наоборот, если процедура вызывает страх или неприятные переживания, неправильно навязывать их положительную оценку со словами «это значит, что лечение работает».

FDA предупреждает о рисках, связанных с изготовленными по индивидуальной рецептуре препаратами кетамина, принимаемыми дома без наблюдения. Разрешение на применение кетамина как анестетика не означает разрешения лечить депрессию любой его формой. [55.4] Пациенту объясняют путь к обследованию в лицензированной службе, а не план приобретения препарата в интернете или самостоятельных экспериментов.

6 Как обосновать выбор?

Первый вопрос: нужен ли быстрый, спасающий жизнь ответ или речь идет о стабильной резистентной депрессии в амбулаторных условиях? Второй: диагноз униполярный или биполярный, имеются ли психоз или кататония? Третий: действительно ли предыдущее лечение было достаточным? Четвертый: каковы медицинский риск процедуры и ее практическая нагрузка для пациента? Пятый: есть ли план сохранения результата, если он будет достигнут?

Такой порядок полезнее, чем выстраивание методов в один ряд «от лучшего к худшему». Например, при кататонии и нарушении приема пищи и жидкости главным становится фактор времени; у физически стабильного пациента, не ответившего на несколько адекватных курсов лечения, можно подробно сопоставить альтернативы, побочные эффекты, возможности и предпочтения.

7 Три краткие клинические ситуации

У пациента А — тяжелая психотическая депрессия и быстрое физическое ослабление. Обсуждают не ограничение обычным амбулаторным приемом, а срочную специализированную оценку и план, включающий также ЭСТ. Эту ситуацию не решает маркетинговый подход «сначала попробуем новый аппарат».

У пациента Б — депрессия без психоза, частичный ответ на адекватное лечение и побочные эффекты лекарств. Информированное обсуждение rTMS может быть уместным; однако до курса проверяют биполярность, сопутствующие заболевания и безопасность. Для оценки результата фиксируют исходные показатели симптомов и функционирования.

Пациент В почувствовал облегчение после эскетамина и хочет отменить все наблюдение. Специалист признает ценность улучшения, но объясняет план контроля и продолжения лечения. Быстрота действия метода не снижает требований безопасности. Все три ситуации составлены в учебных целях и не являются назначениями конкретному пациенту.

8 Пять составляющих информированного выбора перед процедурой

Первая — клиническая цель: какой симптом и за какой срок ожидается изменить? Вторая — альтернативы: какие есть варианты без процедуры или с другой процедурой? Третья — вероятность пользы и неопределенность: результат группового исследования не гарантирует результата конкретному пациенту. Четвертая — риски и неудобства: анестезия, память, посещения, наблюдение, транспорт и расходы. Пятая — план после процедуры: что делать дальше как при наличии эффекта, так и при его отсутствии?

Давление «решайте сейчас, иначе упустите возможность» может смешивать клиническую необходимость с коммерческой спешкой. Если непосредственная угроза жизни действительно есть, это открыто объясняют и соблюдают правовой порядок. Но при обычном амбулаторном выборе сохраняют возможность пациента задавать вопросы и получить второе мнение.

9 Предварительное согласование показателей результата

До процедуры фиксируют симптоматическую шкалу, состояние психоза или кататонии, функциональные задачи, побочные эффекты и основную цель пациента. Например, «восстановить питание», «частично вернуться к работе» или «уменьшить тяжелую руминацию в течение дня». Целей может быть несколько, но должно быть ясно, какая сейчас приоритетна.

Оценивать результат только в день процедуры недостаточно. Различают временное состояние после сеанса, ответ в конце курса и последующую стабильность. Для каждого периода определяют соответствующее наблюдение. Если параллельно с процедурами менялась лекарственная терапия или психотерапия, избегают безоговорочного объяснения улучшения только одним фактором.

10 Что проверять при отсутствии ответа на процедуру?

Сначала выясняют, проводилась ли процедура по правильным показаниям и утвержденному протоколу, достаточен ли курс, были ли перерывы в посещениях, не возникло ли новое соматическое или психическое состояние. Такая проверка нужна не для того, чтобы сказать пациенту: «У вас не сработало, значит, вы что-то сделали неправильно». Технические, клинические и практические факторы оценивают вместе.

Отсутствие ответа не дает оснований автоматически продолжать курс бесконечно. Команда вновь обсуждает ожидаемую пользу, нарастающую нагрузку и альтернативы. То, что пациент потратил много денег или времени, не может само по себе служить клиническим доводом в пользу продолжения неэффективного метода. Здесь полезна заранее согласованная точка повторной оценки.

11 Разница между медицинским риском и удобством

Страх анестезии, невозможность ежедневных поездок или опасения пропускать работу важны, но относятся к разным категориям факторов. Страх может уменьшиться благодаря объяснениям и подготовке; для поездок нужна практическая помощь; истинное медицинское противопоказание требует оценки специалиста. Все это нельзя сводить к одной фразе «пациент не хочет».

Неправильно представлять пациенту метод как «лучший» лишь потому, что он доступен. Если в учреждении нет ЭСТ, это не повод отрицать клинические показания; рассматривают возможность направления в соответствующий центр. Точно так же наличие нового аппарата не создает необходимости направлять на него всех пациентов.

12 Планирование наблюдения и возвращения домой

Транспорт после процедуры, сопровождающего, ограничения на работу или вождение объясняют в соответствии с видом процедуры и официальной инструкцией. Сообщить об этом только после процедуры может быть поздно: пациенту необходимо заранее организовать работу, уход за ребенком и дорогу. Действующие правила местной службы предоставляют письменно.

К кому обратиться пациенту, если на следующий день состояние ухудшится? Как отличить обычный дискомфорт от неотложных признаков? Какие лекарства продолжать? Без четких ответов даже технически успешно проведенная процедура оставляет пробел в цепочке лечения. Согласуют обмен информацией между процедурной командой и основным психиатром.

13 Не превращать коммерческое утверждение в клиническое доказательство

Фразы «устраняет депрессию за один сеанс», «без побочных эффектов», «перезагружает мозг» недостаточны для решения. Уточняют, о каком диагнозе, популяции, исследовании, сравнении и сроке наблюдения идет речь. Отзыв пациента в рекламе может отражать субъективный опыт, но не заменяет контролируемых доказательств.

Врач также осторожен в обобщении собственного опыта. Несколько хороших результатов не доказывают, что метод действует на всех; один тяжелый нежелательный случай также не доказывает автоматически, что метод никогда не нужен. Решение складывается из сочетания групповых доказательств, индивидуального риска и выбора пациента.

14 Развернутый учебный пример

После двух адекватных курсов антидепрессантов и психотерапии пациенту стало частично лучше, но он не может вернуться к работе. Он просит «самый быстрый метод». В беседе повторно оценивают текущий риск, биполярность, побочные эффекты лекарств и функционирование. Затем обсуждают роль ЭСТ, rTMS и доступных фармакологических вариантов в его ситуации; процедуру выбирают не только по скорости.

Выясняется, что основная цель пациента — полностью вернуться к работе в течение одного месяца. Специалист не дает гарантии: «Есть возможности усилить лечение, но возвращение к работе мы также спланируем поэтапно». Для выбранного метода фиксируют исходное функционирование и симптомы, определяют дату повторной оценки. Так надежда превращается в реалистичный план, а не в обещание результата.

15 Понятное, но осторожное объяснение механизма

Естественно, что пациент спрашивает: «Что именно этот метод исправляет в моем мозге?» Специалист различает известный механизм действия и причину заболевания у конкретного человека. Например, знание действия препарата на рецептор не доказывает, что депрессия этого пациента возникла именно из-за «поломки» данного рецептора. Модели мозговых сетей помогают понимать клинический результат, но обычная беседа не является измерением индивидуального биомаркера.

Описывать ЭСТ как «стирание плохих воспоминаний», rTMS как «включение выключенной точки», а кетамин как «мгновенное выращивание новых нейронов» заманчиво, но чрезмерно упрощенно. Более честная и понятная пациенту формулировка: «Этот метод влияет на работу мозга и у некоторых пациентов уменьшает депрессивные симптомы. Пользу и побочные эффекты у вас мы будем отслеживать отдельно».

Неполное понимание механизма не отменяет автоматически клинических доказательств эффективности. И наоборот, красивая биологическая теория сама по себе не доказывает эффективности метода. Специалист представляет теорию, результаты исследований и индивидуальный ответ пациента как отдельные уровни.

16 Основная мысль главы

Ценность новой технологии не в ее новизне, а в применении у подходящего пациента, в подходящих условиях и в рамках непрерывной помощи. Выбор ЭСТ, rTMS или фармакологической процедуры может стать началом плана устойчивого восстановления, но не его завершением.

Источники

[55.1] NIMH. Brain Stimulation Therapies. https://www.nimh.nih.gov/health/topics/brain-stimulation-therapies/brain-stimulation-therapies

[55.2] Royal College of Psychiatrists. Electroconvulsive therapy (ECT). https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/ect

[55.3] FDA. SPRAVATO prescribing information, 2025. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2025/211243s016lbl.pdf

[55.4] FDA. Potential risks associated with compounded ketamine products. https://www.fda.gov/drugs/human-drug-compounding/fda-warns-patients-and-health-care-providers-about-potential-risks-associated-compounded-ketamine

56-ГЛАВА

Психотерапия депрессии

Психотерапия — не призыв к человеку с депрессией «думать о хорошем». Это лечение, основанное на клинической оценке, согласованной цели, понятной рабочей модели, регулярных встречах и наблюдении за результатом. Поддерживающее отношение важно, но не всякий искренний разговор можно назвать полноценным психотерапевтическим протоколом.

При выборе метода учитывают тяжесть депрессии, безопасность, желания пациента, прежний опыт, когнитивные и языковые возможности, жизненные условия и квалификацию специалиста. Не обязательно противопоставлять психотерапию лекарствам. Для одного пациента она становится основным лечением, для другого — важной частью плана в сочетании с фармакотерапией. [56.1]

1 Первая встреча: совместное понимание проблемы

После вопроса «Почему вы пришли?» полезно спросить: «Если лечение поможет, что вы сможете делать в своей жизни иначе?» «Чувствовать себя хорошо» — общая цель, а «два раза в неделю встречаться с другом» или «десять минут уделять внимание занятиям ребенка» — наблюдаемые изменения. Цель соответствует ценностям пациента, а не представлениям терапевта о привлекательной жизни.

Клиническая формулировка случая отличается от диагноза. Диагноз называет синдром, а формулировка объединяет то, что запустило проблему у этого человека, что ее поддерживает и какие ресурсы могут помочь. Формулировка — не окончательная истина, а рабочая модель, которую проверяют вместе с пациентом. С появлением новых сведений меняется и модель.

Заранее объясняют продолжительность терапии, конфиденциальность, исключения, связанные с безопасностью, связь вне сеансов, оплату и условия отмены. При онлайн-формате должны быть понятны местонахождение пациента, наличие уединенного места и план связи в экстренной ситуации. Такие договоренности не заменяют доверия, а укрепляют его.

2 Когнитивно-поведенческая терапия: не заставлять мысли становиться позитивными

КПТ помогает исследовать связи между ситуацией, автоматической мыслью, эмоцией, телесной реакцией и поведением. Цель — не убедить пациента, что «вы неправильно думаете». Совместно рассматривают, насколько мысль приобрела абсолютный характер, на какие доказательства опирается и как ограничивает возможности действовать. КПТ относится к психотерапевтическим методам с доказательствами эффективности при депрессии. [56.2]

Например, коллега не ответил на приветствие. Автоматическая мысль: «Все меня ненавидят». Эмоции: стыд и подавленность. Поведение: избегание общения весь день. Такое избегание может уменьшать последующий положительный опыт, усиливая первоначальную мысль. Обсуждение продолжают не бездоказательным утешением «все вас любят», а поиском альтернативного объяснения и шага, который можно проверить.

3 Доказательства и отношение в когнитивной работе

Немедленный ответ «нет, вы хорошая мать» на мысль пациентки «я плохая мать» может ненадолго утешить, но не раскрывает, как возникает эта мысль. Терапевт работает с вопросами: «Что для вас значит быть хорошей матерью?», «Что затруднило нынешнее заболевание?» и «Не переносите ли вы оценку одного события на всю свою личность?».

Цель — не победить пациента в логическом споре. Некоторые мысли могут содержать реальную часть: пациент действительно не справился с задачей или допустил ошибку в отношениях. Эту реальную часть признают, затем отделяют от полного самообесценивания. Исследуют скачок от «я не смог это сделать» к «я ни на что не годен»; при необходимости добавляют план практического исправления.

4 Практическое упражнение: разобрать одну ситуацию

В учебном упражнении задают пять вопросов: что произошло; что промелькнуло у меня в голове; что я почувствовал; что я сделал; какой небольшой эксперимент можно попробовать в следующий раз? Если пациенту трудно заполнять большую таблицу, один случай обсуждают устно. Невыполнение упражнения может быть не «сопротивлением», а информацией о чрезмерной нагрузке или непонятной формулировке.

В приведенном примере проверка состоит в том, чтобы на следующий день задать одному коллеге простой вопрос и понаблюдать за ответом. Прогноз записывают заранее: «Он не станет со мной разговаривать». Затем сопоставляют результат. Один доброжела-

тельный ответ не решает всех трудностей, но может смягчить абсолютные выводы со словами «все», «всегда», «никогда». Это упражнение составлено для книги и не является стандартной шкалой.

5 Работа с руминацией

При руминации человек может вновь и вновь прокручивать один и тот же вопрос, не приближаясь к решению: «Почему я такой?», «А если бы тогда я поступил иначе?» Терапевт рассматривает не только содержание мысли, но и функцию процесса. От каких действий это размышление удерживает пациента, когда усиливается и сколько времени занимает?

В качестве учебного упражнения можно использовать вопрос: «Эта мысль сейчас ведет к решению или только ходит по кругу?» Если есть конкретная разрешимая проблема, выбирают шаг по ее решению. Если речь о неразрешимом вопросе прошлого, обсуждают попытку вернуть внимание к значимой деятельности в настоящем. Это не отрицание тяжелого чувства, а возвращение себе времени и возможности действовать.

6 Поведенческая активация: не ждать, пока появится настроение

При депрессии избегание, сокращение активности и нарушение режима дня могут уменьшать подкрепление, получаемое от жизни. При поведенческой активации постепенно восстанавливают значимые для пациента и выполнимые действия. Это не наставление «работайте больше»; отдых тоже может быть целенаправленной деятельностью в плане.

Обзор Cochrane поддерживает пользу поведенческой активации при депрессии; в некоторых сравнениях уверенность в доказательствах и долгосрочные данные ограничены. Поэтому неверно представлять ее как превосходящую все методы или одинаково эффективную для всех. [56.3]

7 Практическое упражнение: уменьшить действие

Пациент думает: «Нужно полностью убрать дом», сил не хватает, и он снова обвиняет себя. Вместе задачу уменьшают до «утром положить на место три предмета со стола». Отслеживают, выполнено ли действие, сколько сил оно потребовало и какие чувства возникли после. Даже если удовольствие не появилось сразу, важным может оказаться опыт управления собственным действием.

План уравновешивает три вида активности: необходимые повседневные дела, значимые для человека отношения и интересы, отдых для восстановления. Простое увеличение обязанностей не означает выхода из депрессии. При резком повышении активности, сни-

жении потребности во сне и необычной склонности к риску это не принимают автоматически за признак «терапия работает», а оценивают возможность гипомании или мании.

8 Интерперсональная терапия

Интерперсональная терапия уделяет внимание связи депрессии с близкими отношениями и социальными ролями. В центре работы могут оказаться горевание, смена роли, конфликт в отношениях и трудности социальных связей. Цель — не найти виновного, а улучшить текущее общение и возможности поддержки. [56.4]

Например, у пациента после выхода на пенсию одновременно исчезли привычный режим, статус и контакты с коллегами. Работа не ограничивается «изменением негативной мысли»: признают утраченную роль, обсуждают возможности новых ролей и отношений. Переживание пациента «теперь я никому не нужен» не отделяют от социальных обстоятельств.

9 Пример краткого диалога в интерперсональной работе

Пациент: «Супруг мне не помогает». Терапевт: «В какой ситуации вы в последний раз ждали помощи и как об этом сказали?» Разбирают конкретное событие. Пациент мог не озвучить потребность, ожидая, что партнер сам догадается; в другом случае потребность была высказана прямо, но встретила отказ. Решения этих двух ситуаций различаются.

В первом случае можно составить упражнение по конкретной просьбе: «Сегодня у меня мало сил, можете помочь приготовить ужин?» Во втором обсуждают реальный конфликт в отношениях, границы и другие источники помощи. Терапевту не следует превращать каждый конфликт в ошибку общения пациента.

В упражнении сохраняют язык пациента и учитывают его культурную среду. Нравящаяся терапевту уверенная формулировка может быть для пациента опасной или искусственной. Особенно в отношениях с насилием общее задание «поговорите открыто» может увеличить риск; сначала оценивают безопасность. Практический навык не отделяют от клинического контекста.

10 Терапия решения проблем

У некоторых пациентов трудности сливаются и ощущаются как общая неразрешимая катастрофа. В подходе, направленном на решение проблем, проблему четко формулируют, выбирают часть, на которую можно повлиять, разрабатывают варианты, определяют практический шаг и рассматривают результат. Цель — не «решить» всю жизненную боль, а восстановить действие в управляемой сфере.

Например, вместо «у меня нет денег, все кончено» выбирают задачу «составить список счетов, которые нужно оплатить на этой неделе, и спросить в одной организации о возможности отсрочки». Терапевт не заменяет финансового или юридического специалиста, а направляет за необходимой помощью. Называть реальную бедность только ошибкой мышления означает обвинять пациента.

11 Рабочая структура сеанса

В начале сеанса кратко проверяют важные изменения состояния и безопасности. Затем обсуждают прошлые договоренности, сегодняшнюю повестку и основную проблему. В конце подводят итог тому, что пациент получил от сеанса, определяют следующий небольшой шаг и обсуждают вопросы. Это не жесткий шаблон; при кризисе или новых важных сведениях приоритеты меняются.

То, что пациент говорил больше терапевта, не всегда является признаком качества, как и большое количество объяснений терапевта не всегда означает эффективность. Критерий таков: дала ли беседа пациенту возможность понять проблему и попробовать изменения в жизни? Вопрос в конце сеанса «Какая сегодняшняя мысль была для вас полезна?» помогает проверить понятность работы.

12 Домашнее задание: информация, а не экзамен

Если пациент не выполнил задание, не делают вывод «вы не хотите лечиться». Понятно ли задание, соответствует ли жизненным условиям, не слишком ли оно большое, помешали ли стыд или страх, ограничила ли возможности сама депрессия? Иногда необходимо один раз выполнить задание вместе прямо на сеансе.

Например, пациенту, которому трудно вести дневник эмоций, может подойти заметка из двух слов в телефоне или устное воспоминание. При отсутствии уединения дома личные записи могут быть опасны. Адаптация формата — не «упрощение с обесцениванием» терапии, а способ сделать ее основной механизм работающим для пациента.

13 Разрыв терапевтического контакта

Если пациент говорит «вы тоже меня не понимаете», терапевт не спешит защищаться. Он спрашивает, какие слова или задание вызвали такое чувство. Если терапевт ошибся, признание ошибки не умаляет профессионализма. Недовольство пациента не всегда является симптомом болезни; оно может сообщать о реальном несоответствии.

Вместе с тем согласованные границы сохраняют. Постоянная личная доступность терапевта или ответ в любое время не являются условием лечения. Разницу между кризисной связью и обычным сеансом объясняют заранее. Границы выстраивают не как наказание,

а как безопасную и устойчивую рабочую среду.

14 Адаптация к тяжести состояния

При тяжелой депрессии внимание, память и инициатива могут быть ограничены. Полезны короткий, четкий сеанс, небольшое количество заданий и частое подведение итогов. При психозе, кататонии, тяжелом нарушении питания или непосредственном суицидальном риске на первый план выходят потребности в неотложной помощи и биологическом лечении. Психотерапевтический контакт сохраняют, но интенсивные домашние задания не заменяют неотложную помощь.

Если состояние пациента не улучшается, не спешат с выводом «он не хочет». Повторно оценивают диагноз, безопасность, соответствие метода, качество сеансов, домашнее насилие, психоактивные вещества, соматические заболевания, лекарства и практические препятствия. Регулярная супервизия и понимание границ собственной компетенции — часть работы психотерапевта.

15 Согласование задач при комбинированном лечении

Если психиатр контролирует лекарства, а психолог ведет психотерапию, с согласия пациента согласуют цели и важные изменения. Когда один специалист говорит «все проблемы от лекарств», а другой — «разговоры бесполезны», противоположные сообщения ослабляют доверие пациента. Координация не стирает различий между методами, а проясняет общую цель.

Если психотерапевт замечает состояние, похожее на побочный эффект лекарства, он фиксирует его и согласует способ обращения к назначившему препарат врачу, не меняя дозу вне своих полномочий. Психиатр, в свою очередь, учитывает седацию или когнитивные трудности, влияющие на психотерапевтические задания. Пациент не должен становиться единственным ответственным за передачу информации между двумя службами.

16 Полный учебный пример сеанса

Цель пациента — восстановить отношения с ребенком. Он говорит: «Я не смог встать утром, значит, я плохой родитель». Терапевт сначала уточняет сон и тяжесть депрессии, затем отделяет событие от общего самообвинения. Ценность — близость с ребенком. Реальное ограничение — сейчас мало энергии. Небольшой шаг — вечером отложить телефон и пять минут слушать ребенка.

На следующем сеансе пациент сообщает, что один раз выполнил задание, а два раза забыл. Это не «оценка один из трех». Изучают условия, при которых действие удалось, выбирают удобное время или напоминание. Абсолютную мысль пациента «я ничего не могу» проверяют реальным небольшим действием. КПТ и поведенческая активация работают в рамках одной формулировки случая.

17 Оценка результата и завершение

Одновременно отслеживают симптоматическую шкалу, личную цель пациента и повседневное функционирование. Человек, хорошо разговаривающий на сеансе, дома все еще может быть неспособен что-либо делать. И наоборот, у пациента, который еще не чувствует себя полностью хорошо, но постепенно возвращается к жизни, есть важные положительные изменения.

Завершение терапии обсуждают заранее: чему мы научились, какие трудности остались, какое упражнение полезно, при каких ранних признаках нужна помощь? Цель — не полная зависимость пациента от терапевта, а укрепление способности понимать собственные трудности и своевременно обращаться за помощью.

18 Готовность к завершению психотерапии

Завершение обсуждают не только исходя из исчерпания числа сеансов, но и с учетом целей, оставшихся потребностей и применения пациентом своих навыков. В некоторых случаях интервалы между сеансами постепенно увеличивают или назначают поддерживающую встречу. Пациент знает о возможности вернуться, но представление о том, что каждую трудность должен решать только терапевт, не подкрепляют.

Источники

[56.1] NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations

[56.2] NIMH. Psychotherapies. https://www.nimh.nih.gov/health/topics/psychotherapies

[56.3] Cochrane. Behavioural activation therapy for depression in adults. 2020. https://www.cochrane.org/evidence/CD013305_behavioural-activation-therapy-depression-adults

[56.4] American Psychological Association. Depression Guideline: Adults. https://www.apa.org/depression-guideline/adults/

57-ГЛАВА

Работа с травмой, отношениями и сопутствующими расстройствами

При депрессии важна история жизни человека, но не каждую депрессию можно объяснить скрытой травмой. Не у каждого человека, пережившего тяжёлое событие, развивается ПТСР. Травматический опыт, ПТСР, депрессивный эпизод, горе, диссоциация и проблемы текущей безопасности могут быть взаимосвязаны, но это не одно и то же.

Задача этой главы не в том, чтобы рекомендовать один метод всем пациентам. Цель состоит в определении проблемы, которая сейчас находится в центре лечения, и согласовании разных видов помощи. Пациенту с несколькими диагнозами нужны понятные приоритеты и общий план, а не беспорядочное добавление множества методов.

1 Как спрашивать о травме?

Беседа начинается с разрешения и возможности выбора: «Были ли в вашей жизни тяжёлые события, которые влияют на ваше нынешнее состояние? Сейчас необязательно рассказывать о них подробно». Пациент не обязан раскрывать все подробности события на первой встрече. Сначала специалисту нужна информация, достаточная для понимания симптомов, текущего риска, функционирования и потребностей в лечении.

Изучают повторное переживание события, сновидения, избегание, усиленное ощущение угрозы, негативные убеждения и диссоциативные переживания. Уточняют связь симптомов с событием, их длительность и влияние на жизнь. Самого по себе неприятного воспоминания недостаточно для постановки диагноза ПТСР. Критерии выбранной классификации применяют последовательно, в рамках одной системы.

Продолжается ли насилие или принуждение сейчас? Может ли пациент после приёма вернуться в безопасное место? Контролирует ли кто-либо его контакты? Эти вопросы могут выявить практические потребности, которые необходимо удовлетворить до «проработки прошлого». Было бы ошибкой называть реальную угрозу лишь тревогой или когнитивной ошибкой.

2 Что лечить в первую очередь?

При сочетании ПТСР с депрессией терапия, ориентированная на травму, может помогать и при депрессивных симптомах. NICE обычно рекомендует сначала лечить ПТСР, однако если депрессия настолько тяжела, что затрудняет участие в терапии, или есть риск причинения вреда себе или другим, сначала следует заниматься тяжёлой депрессией и обеспечением безопасности. [57.1]

Это не жёсткое правило «сначала только один диагноз, затем второй». Пациенту одновременно может требоваться помощь со сном, питанием, контролем приёма препаратов, поддержкой и безопасностью. Однако время, цели интенсивной работы с травмой и ответственного специалиста согласуют заранее. Противоречащие друг другу задания нескольких терапевтов затрудняют лечение.

3 EMDR и методы, ориентированные на травму

В доказательных рекомендациях VA/DoD по ПТСР пролонгированная экспозиция (PE), терапия когнитивной переработки (CPT) и EMDR входят в число основных методов, ориентированных на травму. Эти данные относятся прежде всего к ПТСР; их нельзя автоматически переносить на любую депрессию как доказательство превосходства этих методов. [57.2]

Неправильно сводить EMDR только к движениям глаз или билатеральной стимуляции. Оценка пациента, подготовка, выбор целевого материала, управление процессом работы и наблюдение за результатами являются частями единой терапии. Просмотр техники в коротком видео не заменяет клинической компетентности. Терапевт должен открыто говорить о своей подготовке, супервизии и границах компетенции.

Экспозиция не означает возвращения пациента в реально опасную ситуацию. Работа с ситуацией, которой человек избегает, хотя она безопасна, и терапевтическая работа с воспоминанием о событии различаются. Согласие, темп и задача должны быть понятны. Цель не в том, чтобы заставить пациента доказывать свои страдания или терпеть больше, чем он способен выдержать.

4 Осторожность при работе с памятью

Образ, сон или чувство, возникшие в терапии, не доказывают, что исторически событие происходило именно так. Наводящие вопросы, убеждение, что «в детстве обязательно что-то произошло», или обещание «раскрыть» воспоминания создают клинические и этические проблемы. Страдания пациента воспринимают всерьёз, но неподтверждённое событие не записывают как факт.

Гипноз также не является средством судебно-экспертной проверки памяти. На основании переживаний во время регрессии нельзя обвинять третье лицо, делать категоричные выводы о семье или давать юридические рекомендации. Цель лечения — улучшение текущих симптомов, функционирования и безопасности, а не принудительное создание исторической истины. [57.5]

5 Диссоциация и нестабильность во время сеанса

Если пациент ощущает себя «отстранённым», воспринимает тело или окружающее как чужое, изучают характер переживания и его значение для безопасности. Не всякая диссоциация является психозом; не всякая неподвижность является диссоциацией. При необходимости оценивают неврологические, лекарственные и другие причины.

Если во время сеанса пациент теряет ориентировку или перестаёт справляться с материалом, терапевт адаптирует процесс: помогает вернуться к настоящему месту и времени, ощутить окружающее и восстановить безопасное общение. Автоматический вывод «сильная реакция означает, что лечение хорошо работает» недопустим. Важны также состояние после сеанса и план связи.

6 DBT: когда она уместна?

Диалектическая поведенческая терапия включает такие компоненты, как регуляция эмоций, переносимость тяжёлых чувств, навыки отношений и осознанное внимание. Полная программа DBT и несколько дыхательных упражнений или упражнений на внимание — не одно и то же. Положительный опыт освоения навыков не доказывает эффективность всей программы.

В NICE CG78 комплексную программу DBT предлагают рассматривать для женщин с пограничным расстройством личности, у которых приоритетом является уменьшение повторных самоповреждений. Рекомендацию для этой конкретной популяции нельзя превращать в утверждение «DBT — первый выбор при любой депрессии». [57.3] Выбор зависит от основной трудности пациента, доказательств и доступности квалифицированной помощи.

7 ACT: принятие не означает капитуляцию

В терапии принятия и ответственности (ACT) в центре внимания находятся отношение человека к тяжёлым мыслям и чувствам, его ценности и действия в соответствии с ними. Принятие не означает терпеть реальное насилие или отказываться от лечения. Есть разница между словами «у меня есть мысль, что у меня ничего не получится» и восприятием этой мысли как абсолютной истины.

Метаанализы показывают пользу ACT при депрессивных симптомах, однако исследования, группы сравнения и форматы различаются; сохраняется потребность в более крупных качественных исследованиях. [57.4] Поэтому вместо продвижения метода как «самого передового и лучшего для всех» объясняют, для какой цели и на основании каких данных он выбран.

Учебный пример: пациент говорит: «Пока моя печаль полностью не пройдёт, я не пойду с ребёнком в парк». Целью может стать не отрицание печали, а выбор посильных десяти минут совместного времяпрепровождения. Это упражнение не является самостоятельным средством лечения тяжёлой депрессии или устранения риска; это небольшое действие в рамках общего плана.

8 Отдельное рассмотрение сопутствующих расстройств

Употребление психоактивных веществ может влиять на сон, настроение, импульсивность и ответ на лечение. Вместо общего отказа «сначала придите совершенно трезвым, потом поможем» нужен план обеспечения безопасности и интегрированной помощи. При абстиненции или интоксикации первостепенное значение имеет неотложная медицинская помощь.

Нежелательные пугающие мысли при ОКР, депрессивная руминация и психотические убеждения — не одно и то же. Постоянное удовлетворение просьб о заверениях иногда может поддерживать цикл ОКР; работа, направленная только на депрессию, не заменяет полноценного лечения сопутствующего ОКР. Цели каждого компонента согласуют.

При хронической боли мы не говорим: «Всё от нервов». Согласуют соматическое обследование, управление болью, сон, движение и психологическую помощь. Наличие личностных особенностей или трудностей в отношениях также не исключает настоящего депрессивного эпизода. Вместо ярлыка «тяжёлый характер» описывают конкретный механизм, влияющий на лечение.

9 Семья и отношения

С согласия пациента семье объясняют способы помощи: меньше критиковать, распределять обязанности, уважать темп восстановления и знать ранние признаки. Однако в отношениях с контролем, угрозами или насилием совместный сеанс не является автоматически безопасным. Сначала рассматривают индивидуальную оценку и потребность в защите.

«Прощение» не является обязательным условием лечения. Установление границ, выбор безопасности или изменение отношений могут обсуждаться в терапии. Личные нравственные взгляды терапевта не должны превращаться в навязанное пациенту решение.

10 Клинический пример

У пациента депрессия, повторное переживание дорожно-транспортного происшествия, избегание поездок на автомобиле и бессонница. Рабочий план: безопасность и соматическое состояние; критерии ПТСР и депрессии; ориентированная на травму терапия с учётом предпочтений пациента; дополнительное лечение, соответствующее тяжести депрессии; наблюдение за сном и функционированием. На следующем сеансе отдельно оценивают, какой компонент изменился. Избегают обоих упрощений: «есть травма, значит, только EMDR» и «есть депрессия, значит, только таблетки».

11 Различие между подходом, учитывающим травму, и терапией травмы

Помощь, учитывающая травматический опыт, уважает выбор пациента, его чувство контроля и безопасность. Например, перед осмотром объясняют, что будут делать, дают возможность выбрать положение двери и место для сидения, спрашивают разрешения перед прикосновением. Такой подход может проявляться в отношении каждого сотрудника; он не обязательно предполагает активную переработку травматического воспоминания.

Психотерапия, ориентированная на травму, проводится с определённой клинической целью, подготовленным терапевтом и по конкретному протоколу. Фраза «в нашей клинике все работают с травмой» не должна означать, что каждый сотрудник способен проводить специализированную терапию. Условия оказания помощи и компетентность в специальном лечении — разные вещи.

12 Интенсивность переживания и качество терапии

Если пациент сильно плачет или очень устаёт после сеанса, само по себе это не является специфическим признаком эффективности процедуры. Эффект оценивают по изменениям симптомов, функционирования, избегания, отношений и качества жизни. Сильные чувства иногда могут быть частью работы, но намеренно доводить их до максимума не является целью.

Вместо общего вывода «сегодня мы очень глубоко поработали» терапевт уточняет, какой цели удалось достичь: уменьшилось ли избегание, связанное с воспоминанием, смог ли пациент иначе взглянуть на самообвинение, вернулся ли к повседневной ситуации? Если после сеансов состояние регулярно ухудшается, план пересматривают, а не бесконечно оправдывают это словами «перед улучшением обязательно становится хуже».

13 Как объяснить пациенту ограничения доказательной базы

Когда пациент спрашивает о новом методе, специалист может объяснить доказательную базу на трёх уровнях: хорошо изучен для этой проблемы; есть некоторые положительные исследования, но неопределённость выше; пока данных недостаточно для надёжного вывода. «Доказательств пока недостаточно» не означает, что метод доказанно совершенно бесполезен, однако указывает на отсутствие оснований уверенно обещать эффект.

При обсуждении IMTT, гипнотерапии или другого дополнительного подхода отдельно указывают, для какого конкретного диагноза и цели имеются доказательства. Сертификат специалиста даёт информацию о подготовке, но не равнозначен эффективности метода при каждом заболевании. Сертификат, клинический опыт и научные доказательства — три разных источника информации.

14 Культурные и языковые факторы

Пациент может выражать чувства не психологическими терминами, а словами «сердце сжимается», «внутри всё леденеет» или «силы иссякают». Вместо того чтобы сразу превращать это в отдельное заболевание или иррациональную мысль, уточняют смысл. Если язык терапии отличается от основного языка пациента, перевод должен учитывать не только слова, но и эмоциональный и социальный смысл.

Семейный долг, религиозные ценности или отношения в сообществе могут быть как ресурсом, так и источником давления. Терапевт заранее не оценивает их как хорошие или плохие. Он выясняет, что пациент воспринимает как поддержку, а что — как тяжёлое бремя. Уважение к культуре не означает оправдания насилия.

15 Общая формулировка сложного случая

Учебный пример: у пациента депрессия, насилие в детстве в анамнезе, текущий конфликт в отношениях и попытки успокоиться с помощью алкоголя. Объединение всей этой информации одним словом «травма» не делает лечение более определённым. Текущую безопасность, тяжесть депрессии, критерии ПТСР, употребление веществ и реальную угрозу в отношениях оценивают отдельно.

В формулировке случая может выявиться поддерживающий цикл: плохой сон и воспоминания, сильные чувства, временное облегчение с помощью алкоголя, слабость и самообвинение на следующий день, новое избегание. Этот цикл проверяют вместе с пациентом. План согласует снижение риска, связанного с веществами, помощь со сном и депрессией, безопасность и терапию травмы в соответствии с готовностью пациента.

Если пациент говорит: «У меня слишком много диагнозов, я не выздоровею», специалист объясняет, что необязательно одновременно лечить все диагностические ярлыки. Начало с приоритетной потребности и определение следующего этапа делают сложность управляемой. Результат не гарантируется, но план помощи остаётся целостным.

16 Вопросы для супервизии

Терапевт спрашивает себя: опираюсь ли я на сведения пациента или ищу событие, соответствующее моей теории? Не ограничиваюсь ли я объяснением текущей угрозы через прошлое? Действительно ли мой любимый метод подходит этому диагнозу? Свободно ли согласие пациента? По какому показателю я оцениваю результат?

Такие вопросы — не признак неуверенности, а контроль качества клинической работы. В сложном случае мнение другого специалиста или направление к нему не умаляет авторитета терапевта. Цель — не защищать метод, а правильно удовлетворить потребности пациента.

17 Травма в анамнезе при депрессии без ПТСР

Пациент пережил тяжёлое событие в детстве, однако сейчас у него нет синдрома повторного переживания и характерного для травмы избегания. Текущими факторами, поддерживающими депрессию, могут быть чрезмерная нагрузка на работе, бессонница и социальная изоляция. К истории прошлого относятся с уважением, но необязательно возвращать каждый сеанс к тому событию.

Терапевт согласует с пациентом текущую цель. Если травматический опыт влияет на самообвинение или трудности в отношениях, это учитывают в формулировке случая. Однако не устанавливают правило, что нежелательные для пациента воспоминания «обязательно нужно раскрыть». Знание истории и принудительная экспозиция — не одно и то же.

И наоборот, даже если депрессивные симптомы уменьшились, сохранение характерных для ПТСР избегания и повторного переживания может означать отдельную потребность в лечении. Нельзя игнорировать травматический синдром со словами «настроение улучшилось, значит, всё закончилось». Именно поэтому важно отдельно отслеживать симптомы и функционирование, связанные с каждым диагнозом.

Источники

[57.1] NICE. Post-traumatic stress disorder. NG116. https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/recommendations

[57.2] National Center for PTSD, VA. Overview of Psychotherapy for PTSD. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/txessentials/overview_therapy.asp

[57.3] NICE. Borderline personality disorder: recognition and management. CG78. https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/chapter/Recommendations

[57.4] Effect of acceptance and commitment therapy for depressive disorders: a meta-analysis. Annals of General Psychiatry, 2023. https://doi.org/10.1186/s12991-023-00462-1

[57.5] Johns Hopkins Medicine. Hypnosis. https://www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/hypnosis

VI

ЧАСТЬ

РЕМИССИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ

58-ГЛАВА

Ремиссия и функциональное восстановление

Ответ «мне хорошо» — важный результат лечения, но не конец беседы. Пациент может ощущать облегчение по сравнению с прежним состоянием и одновременно сохранять бессонницу, недостаток удовольствия или трудности с возвращением к работе. Цель лечения — не только снижение балла, но и возвращение человека к значимой для него жизни.

Правильное обозначение клинического результата предохраняет как от чрезмерного пессимизма, так и от преждевременного успокоения. Частичный ответ не означает неудачи; ремиссия не означает исчезновения всех потребностей. Следующие понятия помогают обсуждать результат на общем языке.

1 Ответ на лечение, ремиссия и восстановление

Response — ответ на лечение. В исследованиях под ним часто понимают уменьшение тяжести симптомов по сравнению с исходным уровнем как минимум наполовину. Это относительное изменение; у пациента с высокой исходной тяжестью даже после значительного улучшения могут оставаться выраженные симптомы.

Remission — ремиссия. Состояние, при котором симптомы отсутствуют или выражены минимально. Точно указывают, какая шкала и какое пороговое значение использованы. Recovery — восстановление. Наряду с устойчивостью ремиссии оно включает функционирование, качество жизни и возвращение к личным целям; временные критерии в разных исследованиях неодинаковы. CANMAT подчёркивает необходимость оценивать результат не только по симптомам, но и по функционированию и качеству жизни. [58.1]

Например, снижение по условной шкале симптомов с 24 до 12 означает улучшение на 50 процентов, однако сами по себе 12 баллов могут не означать ремиссии. Это математический пример, а не правило постановки диагноза для конкретной шкалы. Для каждого инструмента отдельно применяют его валидированную интерпретацию.

2 Проблема, скрытая за общим баллом

Общий показатель пациента значительно улучшился, однако отдельный пункт, например сон или суицидальные мысли, всё ещё может иметь клиническое значение. Поэтому помимо общего числа заново рассматривают каждый важный симптом. Решение о ремис-

сии не отменяет отдельной оценки безопасности.

С другой стороны, естественные колебания настроения в повседневной жизни не трактуют как возобновление заболевания. Один плохой день, усталость или реакция на печальное событие могут быть частью человеческой жизни. Учитывают длительность, сходство с прежним состоянием, влияние на функционирование и общую динамику.

3 Остаточная ангедония

Жалоба «я больше не плачу, но мне ничего не интересно» требует отдельного внимания. Предвкушение удовольствия, начало действия и получение удовольствия во время деятельности могут различаться. Уточняют, что именно пациент имеет в виду, говоря об отсутствии интереса.

Сопоставляют остаточную депрессию, связанное с препаратом эмоциональное притупление, седативное действие, хронический стресс или отсутствие возможностей для деятельности. Предположение «низкий дофамин» нельзя записывать как лабораторно установленный факт. Собирают информацию о диагнозе, временной динамике и изменениях лекарственной терапии; при необходимости пересматривают план.

Учебное упражнение: в течение недели пациент кратко отмечает свои ожидания перед двумя выбранными небольшими занятиями, ощущения в процессе и удовлетворённость после них. Цель — не оценить пациента, а понять связь между удовольствием и действием. Иногда выявляется важное различие: «начинать не хочется, но, когда начинаю, оказывается неплохо».

4 Сон: остаточный симптом или отдельная проблема?

Позднее засыпание, ночные пробуждения, раннее пробуждение и дневная сонливость — не одно и то же. Изучают распорядок дня, кофеин и психоактивные вещества, боль, вероятность апноэ сна, препараты и тревогу. Если нарушения сна продолжаются после улучшения настроения, их не оставляют без внимания с автоматическим объяснением «со временем пройдёт».

КПТ-I считается доказательным подходом при хронической бессоннице. Обычные советы по гигиене сна не заменяют её полностью. [58.2] При этом такие специальные компоненты, как ограничение сна, не рекомендуют каждому пациенту для самостоятельного применения; клинически оценивают биполярность, судорожные приступы, опасную работу в дневное время и другие факторы.

5 Когнитивные трудности

Внимание, принятие решений, рабочая память и скорость мышления могут быть основными трудностями пациента. Ответ «но настроение ведь у вас хорошее» не решает проблему возвращения к работе. Когнитивные нарушения могут проходить позднее других симптомов или быть связаны с иной причиной.

В беседе уточняют конкретную задачу: трудно прочитать одну страницу книги, возникают ошибки в расчётах, трудно начать работу или человек путается среди множества задач? Рассматривают влияние препаратов, сна, тревоги, веществ и возможные неврологические причины. Новое или быстро нарастающее когнитивное снижение не следует объяснять только депрессией.

Практические способы адаптации: деление задачи на части, письменные напоминания, одно дело за раз, короткие перерывы и постепенное увеличение нагрузки. Это не обещание «перезапустить мозг», а инструменты уменьшения повседневных трудностей. При необходимости добавляют нейропсихологическую оценку или консультацию другого специалиста.

6 Карта функционального восстановления

При наблюдении обсуждают как минимум четыре сферы: уход за собой; семья и отношения; учёба или труд; отдых и личный смысл. В каждой фиксируют исходное состояние, текущие возможности и следующий реалистичный шаг. Задачи пациента различаются в зависимости от возраста, культуры и жизненных обстоятельств.

Возвращение к работе — не единственное доказательство восстановления. В жизни пенсионера, человека, занятого домашним трудом, или безработного пациента также есть значимая деятельность, которую можно оценить. И наоборот, посещая работу, пациент может тратить на неё все силы и оставаться полностью неактивным дома.

При возвращении на работу с согласия пациента обсуждают адаптацию: уменьшенную нагрузку, чёткие задачи, перерывы и поэтапное возвращение. Раскрытие диагноза работодателю не является автоматически обязательным; учитывают необходимую информацию, желание пациента и местные правовые требования. Приравнивание восстановления к «немедленному выполнению всего в прежнем объёме» создаёт чрезмерное давление.

7 Совместная оценка эффективности лечения и побочных эффектов

Из-за сонливости или изменений сексуальной функции пациент может не чувствовать себя полностью восстановившимся. Признание пользы препарата и обсуждение побочных эффектов не противоречат друг другу. Обесценивание оставшихся трудностей словами «зато депрессия прошла» может привести к скрытому прекращению лечения.

Решение принимают совместно: продолжить лечение, дать время, пересмотреть дозу или препарат, добавить другой метод либо обследование. Изменение всех компонентов за один приём может затруднить понимание причин результата. Для каждого изменения записывают цель и срок наблюдения.

8 Учебный образец дневника восстановления

Дневник может включать три вопроса: что на этой неделе я сделал легче, чем раньше; какая трудность мешала больше всего; какой один шаг я попробую на следующей неделе? Это не валидированная шкала, и она не заменяет оценки суицидального риска. Это средство общения, помогающее пациенту увидеть изменения в собственной жизни.

Например: «Три дня сам готовил еду; после долгого разговора устаю; на следующей неделе встречусь с одним другом на полчаса». Такая запись конкретизирует общий ответ «лучше». Если шаг не выполнен, выясняют причину и уменьшают масштаб плана; пациента не оценивают как потерпевшего неудачу.

9 Два пациента, две разные траектории

У одного пациента настроение быстро улучшилось, но внимания для работы пока недостаточно. Другой ещё иногда подавлен, однако восстанавливает общение с ребёнком и распорядок дня. Неправильно объявлять первого «полностью здоровым» только по шкале симптомов и игнорировать функциональные достижения второго. У обоих одновременно отслеживают безопасность, симптомы и качество жизни.

10 Практический способ измерения изменений функционирования

Вместе с пациентом выбирают три личные задачи. Например, самостоятельно мыться и одеваться, работать часть дня, встречаться с близким человеком. Для каждой задачи записывают: «что я могу сейчас?» и «какая помощь нужна?». Можно использовать числовую оценку, но она не равнозначна валидированной шкале; это средство наблюдения за согласованной с пациентом целью.

Для одного пациента важно выдерживать полный рабочий день, для другого — собирать ребёнка в школу. Клинический результат нельзя измерять только по задаче, удобной терапевту. «Функциональная цель», не учитывающая ценности и жизненные обстоятельства пациента, может превратиться во внешнее требование.

11 Не списывать остаточный симптом на «характер»

Если у пациента после длительного лечения сохраняются усталость или снижение интереса, легко сделать вывод «он просто такой человек». Но без пересмотра состояния до заболевания, влияния препаратов, сна, физических болезней и среды этот вывод необоснован. Признать остаточный симптом — не значит объявить пациента навсегда больным; это значит заметить потребность, с которой можно работать.

И наоборот, цель не в том, чтобы «вылечить» каждую личную особенность как проявление депрессии. Интроверт после ремиссии не обязан становиться очень общительным. Восстановление оценивают относительно его привычной и желаемой жизни, а не общественного идеала «всегда счастливого и продуктивного» человека.

12 Возвращение к семейным ролям

Во время депрессии близкие могли взять на себя часть обязанностей. Когда состояние пациента улучшается, перераспределение обязанностей требует договорённости. Вернуть всё за один день может означать чрезмерную нагрузку, а не возвращать ничего — ограничивать самостоятельность. Открыто обсуждают, какую работу пациент способен выполнять сам и какая помощь временно необходима.

Чувство пациента «мне не доверяют» и страх семьи «как бы ему снова не стало хуже» могут быть одновременно реальными. Вместо их противопоставления согласуют конкретную задачу и срок наблюдения. Например, неделю самостоятельно выполнять определённые домашние дела, затем пересмотреть нагрузку. Это не контрольное испытание, а совместная адаптация.

13 Сложности возвращения к работе

Симптомы пациента могли уменьшиться, но реальные проблемы рабочей среды сохраняются: чрезмерная нагрузка, дискриминация, ночные смены или потеря работы. Лечение не меняет эти условия автоматически. Ожидание, что реальная социальная проблема разрешится только с помощью когнитивной переоценки, ведёт к обвинению пациента.

Специалист может направить пациента на профессиональную реабилитацию, консультацию по трудовым вопросам или в социальную службу. Он не берёт на себя роль работодателя или юриста. Иногда в медицинской рекомендации достаточно чётко описать необ-

ходимые функциональные адаптации, не раскрывая всю историю диагноза; основанием служат местные правила и согласие пациента.

14 Физическая активность и повседневный ритм

Восстановление движения, питания и режима дня помогает общему плану, но не превращается в упрощение «занимайтесь спортом, лекарства не нужны». Активность соответствует физическому состоянию, возможностям и предпочтениям пациента. Небольшая регулярная активность часто полезнее большого невыполнимого плана.

Например, пациенту, который прежде ходил только по дому, можно предложить не интенсивные тренировки сразу, а короткие безопасные прогулки, согласованные с врачом. Цель — не калории или идеальное тело, а возвращение к движению и восстановление структуры дня. При боли, одышке или других физических признаках план активности адаптируют с учётом медицинской оценки.

15 Общее с пациентом понимание результата

Когда врач говорит «ремиссия», пациент может понять это как «я больше никогда не буду подавлен». Термин объясняют: основные симптомы заболевания значительно уменьшились, однако обычные жизненные чувства сохраняются, а наблюдение по-прежнему важно. Возможность обратиться за помощью не обязывает пациента снова заболеть.

Говоря «я не выздоровел», пациент, в свою очередь, может подразумевать страх, трудности возвращения к работе или сексуальный побочный эффект. Вопрос «по каким признакам вы поймёте, что выздоровели?» помогает найти общий язык. Клинический и личный результат не обязательно противоречат друг другу; вместе они дают более полную картину.

16 Учебный образец записи наблюдения

«Симптомы уменьшились по сравнению с прежним состоянием; сон всё ещё прерывистый. Вернулся на работу на полдня, вечером выраженная усталость. Проведена текущая оценка суицидального риска. Обсуждалась дневная сонливость как побочный эффект препарата. Следующая цель: уточнить причины нарушений сна и пока сохранить текущую рабочую нагрузку. Согласована дата повторной оценки». Такая запись точнее, чем «состояние хорошее, продолжать».

В этом примере отражён не только диагноз, но и изменение, сохраняющаяся потребность и следующее решение. Документ показывает логику рассуждений и специалисту, который будет принимать пациента следующим. Измерение результата необходимо не ради

бюрократии, а для своевременной адаптации помощи.

17 Понимание страха перед восстановлением

После улучшения некоторые пациенты тревожатся: «Теперь все будут ждать, что я стану работать как прежде». Это не означает нежелания лечиться. Может пугать возобновление требований, временно прекратившихся во время болезни, возвращение к прежней чрезмерной нагрузке или проблемам в отношениях.

В беседе полезно не приравнивать восстановление к точному возвращению к прежней жизни. Пациент может изменить прежнюю вредную нагрузку, установить границы или выбрать новую цель. Вместе с тем бесконечное избегание всех сложных задач может не помогать восстановлению. Баланс находят вместе с пациентом через конкретные задачи.

Вместо «вы обязаны стать прежним» задают вопрос «какой образ жизни будет для вас устойчивым и осмысленным?». Это не романтизация депрессии, а реалистичное построение жизни после лечения. Личный смысл восстановления не отменяет необходимости оценивать клинические симптомы; оба направления ведут одновременно.

18 Заключение

Вывод главы: ремиссия — клиническая цель, а функциональное восстановление — результат, видимый в повседневной жизни человека. Мы стремимся к обоим, но не пытаемся принудительно сделать темп восстановления одинаковым для всех.

Источники

[58.1] CANMAT. 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults. Canadian Journal of Psychiatry, 2024. https://doi.org/10.1177/07067437241245384

[58.2] American Academy of Sleep Medicine. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline. Journal of Clinical Sleep Medicine, 2021. https://doi.org/10.5664/jcsm.8986

59-ГЛАВА

Профилактика рецидивов

Когда состояние пациента улучшается, возникает новый вопрос: как сохранить результат? Смысл продолжения лечения не в удержании пациента в роли больного, а в повышении устойчивости восстановления. При этом поддерживающее лечение не означает автоматически «лекарства на всю жизнь». Длительность, пользу, побочные эффекты и выбор пациента регулярно пересматривают.

О профилактике повторных эпизодов задумываются не с первого дня ремиссии, а с самого начала лечения. То, какие признаки появились первыми, что помогало, с какими препятствиями сталкивался пациент и насколько быстро он может получить помощь, становится основой дальнейшего плана.

1 Рецидив и новый эпизод

Английское relapse обычно означает повторное усиление симптомов до достаточно устойчивого восстановления, а recurrence — новый эпизод после восстановления. Точные временные границы могут различаться в зависимости от исследования и определения. На практике помимо термина чётко записывают даты, симптомы и предшествующее состояние. [59.1]

Например, пациент приблизился к ремиссии, но через две недели состояние вновь ухудшилось. Другой пациент два года чувствовал себя хорошо, а затем перенёс новый эпизод. Помощь нужна обоим, но траектория заболевания и поддерживающая стратегия могут различаться. Повторный эпизод не доказывает слабоволия пациента или полной бесполезности предыдущего лечения.

2 Кому требуется более длительное наблюдение?

Учитывают количество и тяжесть предыдущих эпизодов, остаточные симптомы, психотическое или суицидальное течение, продолжительный стресс, сопутствующие заболевания, повторные эпизоды после прежней отмены лечения и социальную поддержку. Это не «формула», позволяющая точно предсказать будущее. Риски и ресурсы оценивают вместе, исходя из реальной истории пациента.

Неправильно давать одинаковый ответ о длительности лечения человеку, который перенёс один лёгкий эпизод и полностью восстановился, и человеку с множеством тяжёлых эпизодов. При принятии решения важны также желания пациента и побочные эффекты. Слова «это может повториться» используют не для запугивания, а для открытого обсуждения соотношения пользы и риска.

3 Продолжающее и поддерживающее лечение

У пациента, которому помог антидепрессант, лечение часто продолжают как минимум шесть месяцев после исчезновения симптомов; при тяжёлом или повторяющемся течении может потребоваться более длительный срок. Не следует механически отсчитывать длительность со дня первой таблетки: необходимо учитывать ремиссию и индивидуальный риск. [59.2]

Поддерживающий план не ограничивается лекарствами. Для некоторых пациентов применяют КПТ, направленную на профилактику рецидива, или когнитивную терапию на основе осознанности (MBCT); выбор согласуют с учётом прежнего ответа и предпочтений. В обзоре доказательств NICE отмечена роль этих подходов в профилактике. [59.3]

При наблюдении помимо вопроса «вы ещё принимаете препарат?» обсуждают настроение, сон, функционирование, побочные эффекты, новые лекарства, вещества и жизненные изменения. Длительное лечение не должно превращаться в автоматически выписываемый рецепт без переоценки. Каждый контрольный приём — возможность уточнить следующую встречу и способ экстренного обращения.

4 Беседа об отмене

Если пациент хочет уменьшить приём лекарства, его не критикуют. Спрашивают о причине: он чувствует себя хорошо, есть побочные эффекты, финансовые трудности, планирование беременности или страхи по поводу препарата? Разные причины требуют разных решений. Отсутствие возможности принимать препарат — не то же самое, что «нежелание лечиться».

При отмене рассматривают текущую устойчивость состояния, предыдущий опыт, стресс, особенности препарата, длительность приёма и возможности наблюдения. Нельзя давать всем пациентам одинаковую схему снижения дозы. Иногда нужны более медленные и небольшие шаги и длительное наблюдение; в других обстоятельствах предпочтительнее продолжить лечение.

5 Постепенное снижение дозы

Обычно дозу препарата снижают постепенно, по согласованию с врачом. Особенно после длительного приёма или прежних трудностей отмены осторожность необходима даже на последних небольших дозах. Деление таблетки или использование жидкой формы зависит от особенностей препарата; не каждую таблетку можно самостоятельно измельчать.

Неправильно рекомендовать приём через день как простое решение для всех антидепрессантов: колебания концентрации препарата могут усиливать симптомы. План адаптируют к фармакокинетике, доступной лекарственной форме и ответу пациента. Если из-за серьёзного побочного эффекта необходимо быстро отменить препарат, это отдельное неотложное клиническое решение. [59.2]

Если при отмене возникают трудности, не навешивают ярлык «вы стали зависимым». Физиологическая адаптация и симптомы отмены — не то же самое, что поиск вознаграждения, потеря контроля и компульсивное употребление при наркозависимости. Страдания пациента воспринимают всерьёз и пересматривают план.

6 Симптомы отмены и возвращение депрессии

После снижения дозы или пропуска приёма могут возникнуть головокружение, тошнота, ощущения, похожие на электрические разряды, изменения сна и тревоги. Одни симптомы напоминают прежнюю депрессию, другие для пациента новые. Время начала, особенности препарата и характер симптомов помогают различению, однако ни один признак не является абсолютным критерием. [59.2]

Рецидив часто напоминает прежнюю депрессивную картину, но не всегда развивается с той же скоростью. У препарата с длительным периодом полувыведения симптомы отмены могут начаться позднее. Поэтому нельзя устанавливать жёсткое правило «если сразу — отмена, если поздно — обязательно рецидив».

При возникновении трудностей пациент связывается с врачом, а не самостоятельно быстро меняет дозы. Оценив безопасность, другие заболевания и побочные эффекты, специалист может рассмотреть приостановку снижения, возвращение к предыдущей хорошо переносимой ступени или иной план. Суицидальные мысли или резкое ухудшение нельзя обесценивать как «всего лишь отмену».

7 Личная карта ранних признаков

Как начинался предыдущий эпизод пациента? Возможно, первым признаком были нарушения сна, отсутствие ответов на звонки, опоздания на работу или сужение интересов. Личная история полезнее универсального списка. Если признаки замечала семья, с согласия пациента включают и её наблюдения.

Появление признака не требует немедленной паники или повышения дозы лекарства. Сначала оценивают длительность, причину, влияние на функционирование и безопасность. При этом, если предыдущий тяжёлый эпизод развился быстро, порог для раннего обращения может быть ниже. План соответствует индивидуальному риску.

8 Письменный план профилактики: учебный образец

Первая часть: «Какой я, когда мне хорошо?» Пациент кратко описывает свой обычный сон, работу, общение и интересы. Это не идеальная жизнь, а реалистичное описание его устойчивого состояния.

Вторая часть: «Что у меня меняется в первую очередь?» Отмечают два-три личных ранних признака и обстоятельства их появления. Признак, наблюдаемый впервые, также не остаётся без внимания; список из прошлого не является ограничением.

Третья часть: «Что я буду делать?» Записывают конкретные действия: восстановить распорядок дня, связаться с поддерживающим человеком, попросить о более раннем приёме. Изменения лекарственной терапии возможны только в рамках заранее согласованного с врачом индивидуального плана.

Четвёртая часть: «Когда нужна неотложная помощь?» Объясняют, что при непосредственном риске самоповреждения, психозе, необычной активизации с резкой бессонницей, нарушении приёма пищи и воды или физической нестабильности нельзя ждать обычного приёма. В план включают проверенные контакты местной неотложной помощи и клиники.

Пятая часть: «Кому и что можно сообщать?» Указывают близкого человека, на участие которого пациент согласен, допустимую для передачи информацию и способы связи с нужными людьми. План хранят на понятном пациенту языке и в легко доступной форме. Этот образец не является валидированной прогностической шкалой.

9 Важные слова для семьи

Вместо контролирующего подхода «болезнь может вернуться, поэтому мы будем постоянно вас проверять» лучше сказать: «Если мы раньше заметим изменения, то быстрее организуем помощь». Близкие — не следователи, а поддерживающие партнёры. Объяснение каждого настроения пациента болезнью может создавать напряжение в отношениях.

Семейная помощь тоже имеет границы: нельзя ожидать, что один родственник будет круглосуточно выполнять роль специалиста. Учитывают также усталость и ресурсы ухаживающего. При необходимости распределяют задачи и подключают профессиональную помощь.

10 Если произошёл повторный эпизод

Сначала оценивают безопасность и тяжесть, затем пересматривают диагноз, приём препаратов, новые вещества, физические заболевания и жизненные события. Повторный эпизод не означает автоматически «удвоить прежнюю дозу». Прежний эффективный план — важная информация, но в новом эпизоде могли появиться мания или другие особенности.

11 Беседа о решении с пациентом в ремиссии

Пациент: «Я чувствую себя хорошо, кажется, лекарство уже не нужно». Врач: «Ваше улучшение важно. Теперь вместе оценим, как сохранить результат и какую нагрузку создаёт для вас лекарство. Сравним варианты с учётом прежних эпизодов, нынешней устойчивости и вашего опыта отмены». Такой ответ не отвергает выбор пациента и не одобряет отмену автоматически.

Затем обсуждают два или три варианта: продолжать текущее лечение определённое время с последующей переоценкой; адаптировать план для уменьшения побочных эффектов; при подходящих условиях провести контролируемое снижение дозы. Для каждого варианта описывают пользу, риски и наблюдение. Вопрос пациента превращается из «да или нет» в совместное решение.

12 Отношение к лекарствам и стигма

Некоторые пациенты воспринимают приём лекарства как слабость, обстоятельство, которое нужно скрывать от родственников, или признак «сумасшествия». Недостаточно высмеять это убеждение или закрыть тему простым изложением фактов. Спрашивают, откуда оно возникло, как влияет на пациента и какой информации ему не хватает.

При этом критическое отношение пациента к лекарству не всегда связано со стигмой. Оно может основываться на реальных побочных эффектах, расходах или личных предпочтениях. Информированный выбор включает право пациента задавать вопросы. Цель — не удержать его на препарате любой ценой, а составить безопасный и обоснованный план.

13 Пересмотр полипрагмазии при поддерживающем лечении

Не каждый препарат, добавленный в остром периоде, должен автоматически сохраняться надолго. Рассматривают, какое средство и с какой целью было добавлено, нужно ли оно сейчас и соблюдаются ли требования мониторинга. Это не означает одновременной отмены всех препаратов; изменения осуществляют безопасно и планомерно.

Например, причины продолжения средства, добавленного кратковременно из-за тяжёлой бессонницы, открыто обсуждают на последующих приёмах. Если пациент получает лекарства у нескольких врачей, список согласуют. Важно не пропустить дублирование назначений или взаимодействия между рецептами частных и государственных служб.

14 Практическое направление профилактической психотерапии

В работе по профилактике рецидива пациент учится не просто «думать позитивно», а распознавать свой ранний цикл. Например, нарушился сон, из-за этого отменена встреча, одиночество усилилось, руминация возросла, затем активность ещё больше сократилась. Обсуждают, какой небольшой шаг возможен в начале цикла.

Осознанное внимание в MBCT не приравнивают к обычной аудиозаписи медитации или «отключению мыслей». Целью может быть умение заметить неприятную мысль и изменить отношение к ней, не удерживая её как абсолютную истину. Одно и то же упражнение подходит не каждому; при выраженном дискомфорте или диссоциативной реакции терапевт адаптирует формат.

15 Пропуски контрольных приёмов

Если пациент не пришёл на приём, нельзя автоматически заключать, что ему хорошо или плохо. Препятствием могут быть транспорт, оплата, стыд, забывчивость, ухудшение состояния или недовольство помощью. В рамках заранее согласованного порядка связи рассматривают безопасный конфиденциальный контакт. Без согласия пациента нельзя раскрывать диагноз случайному родственнику или по месту работы.

Клиническая служба должна облегчать непрерывность помощи: предоставлять понятную дату приёма, контакт и возможность переноса. Называть системное препятствие «недисциплинированностью» пациента — значит скрывать проблему. Особенно для

пациента, ранее перенёсшего тяжёлый или суицидальный эпизод, важно заранее предусмотреть действия на случай прерывания помощи.

16 Крупные жизненные изменения

Планирование беременности, переезд, смена работы, потеря близкого или появление хронического заболевания могут стать поводом пересмотреть поддерживающий план. Это не означает повышения дозы при каждом стрессе. Может быть достаточно дополнительного наблюдения, практической помощи или консультации специалиста; решение индивидуально.

Запас лекарства, доступ к рецептам и смену службы обсуждают заранее. Пациенту, переезжающему в другой город, полезно не просто сказать «продолжайте», а предоставить понятную информацию об истории лечения и дальнейшем наблюдении. План должен быть выполнимым в реальной жизни человека.

17 Расширенный учебный случай

После двух тяжёлых эпизодов пациент находится в устойчивой ремиссии. Лекарство помогло, но он страдает от сексуального побочного эффекта и думает о скрытой отмене. Специалист не критикует его за открытое сообщение об этом. Вместе рассматривают историю повторных эпизодов, влияние побочного эффекта и приоритеты пациента.

План включает несколько вариантов, в том числе адаптацию фармакотерапии назначающим врачом и профилактическую психотерапию. Какой бы вариант ни был выбран, сохраняются ориентиры ранних признаков и план связи. Результат оценивают не только по отсутствию возвращения депрессии, но и по переносимости лечения и отсутствию у пациента потребности в скрытых изменениях.

18 Две ошибки в понимании отмены

Первая ошибка — оценивать любой дискомфорт как «возвращение болезни». Вторая — считать любое ухудшение «всего лишь отменой». Правильный подход — совместно рассматривать время, характер симптомов, предыдущую историю, безопасность и другие медицинские причины. Субъективный опыт пациента важен, но его объединяют с клинической оценкой.

Пауза в плане снижения дозы не означает неудачи. Предупреждение о возможной необходимости более длительного срока уменьшает стыд пациента. Цель — не рекорд скорости, а устойчивое и безопасное прекращение приёма или осознанное продолжение необходимого лечения.

19 Заключение

Вывод главы: хорошая профилактика не удерживает пациента в страхе. Она делает риск понятным, сохраняет выбор и сокращает путь к помощи при ухудшении.

Источники

[59.1] NICE. Preventing relapse: evidence review. 2022. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583073/

[59.2] Royal College of Psychiatrists. Stopping antidepressants. https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/stopping-antidepressants

[59.3] NICE. Depression in adults: rationale and impact, preventing relapse. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/rationale-and-impact

60-ГЛАВА

Заключительные клинические случаи и алгоритмы принятия решений

Эта глава превращает знания из книги не в готовый рецепт, а в обоснованное клиническое решение. Одинаковые жалобы «у меня нет сил» или «я не получаю удовольствия от жизни» могут означать разные синдромы, причины и риски. Диагноз выводят не из первой фразы, а из анамнеза, оценки психического статуса и физического обследования, временной динамики и необходимых исследований.

Все приведённые ниже случаи — учебные ситуации, созданные для книги. Это не реальные пациенты. Краткое описание не заменяет полного клинического интервью; поэтому в некоторых случаях приводят не окончательный код, а рабочую гипотезу и сведения, которых не хватает. При выборе кода МКБ-10 проверяют, какое именно издание и какая национальная модификация используются. [60.1]

1 Первый алгоритм: безопасность прежде синдрома

Первый шаг: есть ли непосредственная угроза жизни? Оценивают физическую нестабильность, отравление, делирий, кататонию, тяжёлый психоз, нарушение приёма пищи и воды и непосредственный риск самоповреждения. Если они есть, переходят к соответствующему маршруту неотложной помощи.

Второй шаг: есть ли депрессивный синдром? Изучают основные симптомы, дополнительные признаки, длительность и влияние на функционирование. Результат скрининга — не диагноз. Третий шаг: выясняют предыдущие эпизоды, манию или гипоманию, влияние веществ и лекарств, органическую причину и связь со стрессом.

Четвёртый шаг: выбирают план с учётом тяжести, психоза, сопутствующих расстройств и потребностей пациента. Пятый шаг: записывают исходные показатели, время следующей оценки и критерии изменения плана. Завершение клинического алгоритма — не «рецепт выдан», а вопрос «кто и когда проверит результат?».

2 Случай 1. Картина, напоминающая первый депрессивный эпизод

У пациента 29 лет в течение шести недель отмечаются подавленность, потеря интереса, усталость, нарушения сна и снижение продуктивности работы. Он сообщает, что раньше подобных периодов не было. В беседе выявляется выраженное самообвинение, но психотических убеждений не обнаружено.

Рабочим направлением может быть депрессивный эпизод группы F32. Однако подробно расспрашивают о прежних периодах активизации, веществах, лекарствах, физических заболеваниях и безопасности. «Раньше диагноз не ставили» и «раньше эпизодов не было» — не одно и то же. Нельзя оценивать тяжесть как лёгкую только на основании того, что пациент ходит на работу.

Решение: после полной оценки обсуждают психотерапию, фармакотерапию или их сочетание с учётом предпочтений пациента и тяжести состояния. Результат отслеживают по симптомам, функционированию, побочным эффектам и безопасности. Последнюю цифру кода выбирают, когда информации достаточно.

3 Случай 2. Рекуррентное депрессивное расстройство

У пациента 46 лет текущая подавленность продолжается три месяца. В анамнезе два похожих эпизода с периодами хорошего состояния между ними. Сведений о мании или гипомании пока нет; запрашивают прежнюю документацию.

Это направляет к группе F33, однако проверяют, действительно ли прежние периоды соответствовали критериям депрессивного эпизода и не было ли мании. Тяжесть текущего эпизода и психоз оценивают отдельно. Само число «третий раз» не определяет код нынешней тяжести.

При принятии решения отдельное место занимают прежнее эффективное лечение, его длительность, причина прекращения и профилактика повторных эпизодов. Пациента не обвиняют; вместо «почему вы снова пришли?» спрашивают: «Что в прежнем плане мы сохраним, а что улучшим?».

4 Случай 3. Биполярный анамнез за депрессией

Пациент 34 лет сейчас подавлен. При дополнительной беседе выясняется, что несколько лет назад был период резко сниженной потребности во сне, необычной активности, многоречивости и рискованных трат. Близкие описывают его как явно отличавшийся от обычного характера пациента.

Эта информация меняет диагностическое направление: проверяют вероятность состояния в рамках F31. Уточняют длительность, тяжесть, ущерб функционированию, влияние веществ и лекарств. Фраза «однажды был в хорошем настроении» не означает мании, однако при достаточном анамнезе мании или гипомании нельзя автоматически продолжать план лечения униполярной депрессии. [60.2]

Решение: оценка специалиста по биполярному расстройству и соответствующий план лечения. Прежде чем начинать монотерапию антидепрессантом как обычное лечение F32, рассматривают риски. При последующем наблюдении также оценивают подъём настроения, потребность во сне и импульсивность.

5 Случай 4. Наличие стресса не даёт готового диагноза

Пациент 41 года стал подавленным после потери работы. В одном сценарии он испытывает связанное с ситуацией беспокойство, но интересы и повседневное функционирование в значительной мере сохранены; в другом — в течение двух месяцев имеются явная ангедония, снижение энергии, тяжёлое чувство вины и существенное нарушение функционирования.

В первом случае оценивают расстройство адаптации, обычную стрессовую реакцию и другие возможности. Во втором проверяют критерии полноценного депрессивного эпизода. Начало после стресса не означает автоматически F43.2. Причинное событие и уровень синдрома описывают отдельно.

Решение: психологическая и социальная помощь может быть уместна в обоих случаях, однако интенсивность лечения выбирают в соответствии с синдромом, риском и функционированием. Реальные последствия безработицы не трактуют как «всего лишь негативные мысли».

6 Случай 5. Хронически сниженное настроение

Пациент говорит: «Я такой уже много лет». У него длительно снижено настроение, но временная линия пока неясна. В некоторые месяцы было лучше, в отдельные периоды — очень тяжело.

Возможна дистимия F34.1, однако необходимо уточнить симптомы на протяжении лет: полноценные эпизоды, бессимптомные периоды, биполярный анамнез, вещества и личностные особенности. «Много лет» не означает автоматически дистимию. Различают хроническое течение и повторные эпизоды.

Решение: построить временную линию, изучить прежние записи и с согласия пациента сведения близкого; составить более длительный план, опирающийся на функционирование и цели. Хроническое течение не означает бесполезности помощи; результат отсле-

живают в том числе через небольшие, но реальные изменения.

7 Случай 6. Тревога и подавленность вместе

У пациента 27 лет имеются тревога, усталость и снижение настроения. Пока неясно, какие из симптомов достигают критериев самостоятельного синдрома. Недостаточно записать F41.2 лишь потому, что «есть и то и другое».

Если выполнены критерии полноценного депрессивного эпизода и отдельного тревожного расстройства, рассматривают коморбидность. Если обе группы симптомов субсиндромальны, вероятность смешанного тревожного и депрессивного расстройства оценивают по выбранной классификации. Разграничивают объект страха, панику, избегание и руминацию.

Решение: лечение в соответствии с ведущим синдромом и функциональной проблемой; наблюдение за результатом по обоим направлениям. Нельзя закрывать все признаки одним общим диагнозом «нервы».

8 Случай 7. Послеродовая депрессия или неотложное состояние?

У женщины через три недели после родов имеются подавленность, чувство вины, ангедония и трудности ухода за ребёнком. Оценивают депрессивный эпизод, безопасность, сон, физическое состояние и поддержку. Безопасность матери и ребёнка рассматривают вместе, но мать не объявляют автоматически «опасной».

Если добавляются сниженная потребность во сне, спутанность, необычные стойкие убеждения или галлюцинации, вероятность послеродового психоза или аффективного состояния требует срочной оценки специалиста. Нельзя выжидать, считая это обычным «бэби-блюзом» или усталостью. [60.3]

При кодировании F53 не принимают за автоматический код любой послеродовой депрессии. В МКБ-10 он относится к психическим расстройствам послеродового периода, не классифицированным в других рубриках; правила для полного аффективного синдрома и дополнительных акушерских кодов проверяют по соответствующему изданию. [60.1]

9 Случай 8. Подавленность, связанная с веществами

После периода чрезмерного употребления алкоголя пациент подавлен, тревожен и страдает бессонницей. Первая задача — оценить абстиненцию, интоксикацию, делирий и физический риск. Выясняют, была ли депрессия до употребления, как она протекала в периоды без веществ и были ли самостоятельные эпизоды.

F1x.54 нельзя использовать для любой «депрессии после веществ»: этот код относится к форме с преобладанием депрессивных симптомов в рамках рубрики F1x.5 «Психотическое расстройство». Механически относить подавленность без психоза к этому коду ошибочно. [60.1]

Решение: одновременно отслеживать безопасность, лечение, связанное с употреблением вещества, и аффективные симптомы. Нельзя оставлять тяжёлую депрессию или суицидальный риск без лечения со словами «сначала подождём месяц»; диагноз может уточняться в динамике.

10 Случай 9. Возможная органическая или лекарственная причина

У пациента 63 лет после инсульта появились апатия, усталость и подавленность. Одновременно имеются ограничения движений, проблемы сна и новые лекарства. Сопоставляют органическое аффективное расстройство, депрессивный эпизод, апатию и реакцию на функциональные потери.

Временная близость к инсульту важна, но не доказывает автоматически причинной связи. Рассматривают неврологическое состояние, когнитивные функции, препараты и социальные факторы. Решение о группе F06 обосновывают клинически; органический код не ставят только потому, что «есть соматическое заболевание».

Решение: помощь, согласованная с неврологом, терапевтом и командой специалистов по психическому здоровью. Лечение депрессии дополняет реабилитацию, но не следует пытаться устранять каждый признак усталости изменением дозы антидепрессанта.

11 Случай 10. Психотическая депрессия и отказ от пищи

Пациент твёрдо убеждён: «Мои внутренние органы перестали работать, есть нельзя», похудел и мало пьёт даже воду. Недостаточно оценить эту мысль только как ипохондрическую тревогу. Проверяют психоз, тяжесть депрессии, органическое состояние и медицинскую стабильность.

Решение: неотложная специализированная помощь, коррекция питания и водного баланса, лечение, соответствующее депрессии с психотическими симптомами, и при необходимости обсуждение ЭСТ. Первая цель в этой ситуации — не «переубедить пациента», а организовать безопасное лечение.

12 Случай 11. Кататония или обычная заторможенность?

Пациент не говорит, долго находится в одной позе, необычно реагирует на инструкции, приём пищи нарушен. Нельзя ограничиваться общим объяснением «при тяжёлой депрессии так бывает». Целенаправленно выявляют кататонические признаки, оценивают медицинские причины и осложнения.

Решение: неотложная специализированная тактика при кататонии. Применение бензодиазепинов или ЭСТ, уход и поиск причины планируют совместно. Обычную антипсихотическую седацию не приравнивают к лечению кататонии. Этот вопрос подробнее раскрыт в главах 54–55.

13 Случай 12. Кажется, что ответа на лечение нет

Пациент говорит: «Три разных лекарства не помогли». При уточнении выясняется, что одно он принимал неделю, второе — в очень низкой дозе из-за побочного эффекта, третье — нерегулярно. Эту информацию получают не для обвинения пациента, а для правильного понимания фактически проведённого лечения.

Решение: пересмотреть диагноз, достаточность дозы и длительности, препятствия приёму, сопутствующие заболевания и показатели результата. Различают истинную резистентность и отсутствие достаточного лечения. Если трудности приёма не решены, ещё одно название препарата может ничего не изменить.

14 Случай 13. Гипомания за улучшением

Пациент говорит: «Наконец-то я выздоровел», но спит три часа и не устаёт, начал необычно много проектов, его расходы возросли. Это нельзя считать только ремиссией депрессии. Проверяют прежний анамнез, изменения лекарственной терапии, вещества и признаки мании или гипомании.

Решение: оперативная переоценка и адаптация плана лечения. Радость сама по себе не является болезнью, однако явное изменение потребности во сне, энергии, поведения и функционирования имеет клиническое значение. Оценка результата только по снижению балла депрессии может привести к пропуску этого состояния.

15 Случай 14. Ухудшение после отмены

Чувствуя себя хорошо, пациент быстро прекратил приём препарата. Через несколько дней возникли головокружение, необычные телесные ощущения, бессонница и тревога. Некоторых из этих признаков при прежней депрессии не было.

Рабочей гипотезой могут быть симптомы отмены, однако также оценивают безопасность, рецидив и другие заболевания. Решение: пересмотреть индивидуальный план вместе с врачом; не пугать пациента словами «ваша болезнь вернулась, значит, лекарства нужны пожизненно». Вместе с тем нельзя игнорировать тяжёлые симптомы со словами «само пройдёт».

16 Второй алгоритм: если результат лечения не соответствует ожиданиям

Сначала проверяют неотложный риск и побочные эффекты. Затем пересматривают диагноз и временную линию, то, как лечение проводилось в действительности, сопутствующие состояния и социальные препятствия. Различают частичный ответ, отсутствие ответа и непереносимость. Только после этого выбирают замену, усиление терапии, психотерапию, нейростимуляцию или направление к другому специалисту.

Перед изменением записывают ответ на вопрос «что мы хотим улучшить?». Например, остаточную ангедонию, бессонницу, психоз или побочный эффект? Одинаковая фраза «мне нехорошо» приводит к разным решениям. При следующей оценке проверяют именно эту цель.

17 Третий алгоритм: документирование диагноза

Запись содержит синдром и тяжесть; первый или повторяющийся характер течения; психоз, биполярность, вероятность органической причины или связи с веществами; влияние на функционирование; формулировку оценки безопасности; рабочие и подтверждённые выводы; план и наблюдение. Неуточнённую информацию не записывают как «отсутствует». Честная формулировка «пока сведений нет» лучше ошибочной категоричности.

Код кратко выражает клиническую мысль, но не заменяет её. Необязательно вмещать весь опыт пациента в F-код; однако если код поставлен, необходимо обосновать соответствие его критериям и применённой классификации.

18 Итоговое учебное задание по обоснованию решения

Выберите три приведённых выше случая и для каждого напишите пять предложений: основная рабочая гипотеза; поддерживающие её данные; важнейшая альтернатива; недостающая информация; наиболее безопасный следующий шаг сейчас. Это упражнение учит открыто излагать клиническое мышление, а не просто запоминать код.

Например, в случае, связанном с веществами, вместо названия «алкогольная депрессия» необходимо разграничить время употребления, риск абстиненции, историю самостоятельных эпизодов и наличие или отсутствие психоза. В послеродовом случае первая за-

дача — не выбор кода, а предотвращение пропуска психоза или непосредственной угрозы. Одинаковая форма ответа наполняется разным содержанием.

Затем объясните своё решение другому специалисту: «Почему я выбрал именно этот путь?» Если ответ сводится к «я всегда так делаю», оснований недостаточно. Должны быть видны клинические данные, доказательства, желание пациента и логика безопасности. Если остаётся неопределённость, профессиональный подход состоит не в её сокрытии, а в объяснении, каким наблюдением или обследованием её можно уточнить.

19 Итоговое заключение книги

За одинаковой жалобой депрессия не всегда означает одно и то же заболевание. Клиническое мастерство проявляется в умении услышать симптом, выделить синдром, изучить причины и течение, обеспечить безопасность и проверить результат вместе с пациентом. Сильная сторона специалиста — не немедленный ответ на любой вопрос, а понимание того, какой информации не хватает, и выбор правильного следующего шага.

Самое важное сообщение пациенту может звучать так: «Мы серьёзно относимся к вашему состоянию. Вместе составим подходящий вам план помощи, будем следить за результатом и при необходимости менять его». Это не гарантия излечения, а основа качественного клинического сотрудничества.

Источники

[60.1] WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1992. https://www.who.int/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf

[60.2] NICE. Bipolar disorder: assessment and management. CG185. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/recommendations

[60.3] NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. CG192. https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/recommendations

Примечание: источники в главах 54–60 проверены 7 ноября 2026 года. Международные рекомендации не заменяют автоматически местные лицензии, перечень препаратов, возможности учреждения и правовой порядок. Текст представляет собой учебную разработку для специалистов.