

Данная информация носит ознакомительный характер, основана на цитировании официальных источников и анализе автора. Всегда консультируйтесь с лечащим врачом, имеются противопоказания.

В настоящее время депрессия занимает второе место в мире среди всех тяжелых причин инвалидности и смертности, а среди лиц молодого возраста (до 45 лет) она уже давно удерживает пальму первенства по этому показателю. Согласно прогнозу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2030 г. депрессия выходит на первое место по этому показателю.

Критерии DSM-5tr депрессии

А. Пять (или более) из следующих симптомов присутствовали в течение **одного и того же двухнедельного периода** и представляют собой **изменение по сравнению с предыдущим функционированием**; по крайней мере, одним из симптомов является либо (1) подавленное настроение, либо (2) потеря интереса или удовольствия.

Примечание. Не включайте симптомы, которые явно связаны с другим заболеванием.

1. Подавленное настроение большую часть дня, почти каждый день, на что указывает либо субъективное мнение (например, чувствует себя грустным, опустошенным, безнадежным), либо наблюдения других (например, кажется плаксивым). *(Примечание: У детей и подростков может быть раздражительное настроение.)*

2. Заметное снижение интереса или удовольствия от всех или почти всех видов деятельности большую часть дня, почти каждый день (на что указывают либо субъективные оценки, либо наблюдения).

3. Значительная потеря веса при отказе от диеты или увеличение веса (например, изменение более чем на 5% массы тела за месяц), либо снижение или увеличение аппетита почти каждый день. *(Примечание: у детей следует учитывать неспособность набрать ожидаемый вес.)*

4. Бессонница или гиперсомния почти каждый день.

5. Психомоторное возбуждение или заторможенность почти каждый день (**замечаемые окружающими, а не просто субъективные ощущения беспокойства или заторможенности**).

6. Усталость или потеря энергии почти каждый день.

7. Чувство никчемности, чрезмерной или неуместной вины (которая может быть бредовой) почти каждый день (а не просто упреки самого себя или вина за болезнь).

8. Снижение способности думать или концентрироваться, или нерешительность почти каждый день. (либо по субъективному мнению, либо по наблюдениям других).

9. Повторяющиеся мысли о смерти (не только страх смерти), повторяющиеся суицидальные мысли без конкретного плана, либо попытка самоубийства, либо конкретный план совершения самоубийства.

В. Симптомы вызывают клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах функционирования.

С. Эпизод не может быть объяснен физиологическим действием какого-либо вещества или вещества. другое медицинское состояние.

Примечание. Критерии А–С представляют собой большой депрессивный эпизод.

Примечание. Реакция на значительную утрату (например, утрату, финансовый крах, потери в результате стихийного бедствия, серьезное заболевание или инвалидность) может включать чувство сильной печали, размышления о потере, бессонницу, плохой аппетит и потерю веса в критерии А, что может напоминать депрессивный эпизод.

Хотя такие симптомы можно понять или считать соответствующими утрате, следует также тщательно учитывать наличие большого депрессивного эпизода в дополнение к нормальной реакции на значительную утрату. Это решение неизбежно требует применения клинического суждения, основанного на индивидуальном анамнезе и культурных нормах выражения дистресса в контексте утраты.

Д. По крайней мере, один большой депрессивный эпизод не может быть лучше объяснен шизоаффективным расстройством и не накладывается на шизофрению, шизофреноформное расстройство, бредовое расстройство или другой уточненный и неуточненный шизофренический спектр и другие психотические расстройства.

Е. Никогда не было маниакального или гипоманиакального эпизода.

Примечание. Это исключение не применяется, если все маниакально-подобные или гипоманиакально-подобные эпизоды вызваны употреблением психоактивных веществ или связаны с физиологическими эффектами другого медицинского состояния.

Укажите , если:

С тревожным расстройством

Со смешанными функциями (см. файл на канале «смешанные включения»)

С меланхолическими чертами

С нетипичными особенностями (повышение аппетита, увеличение продолжительности сна, ощущение тяжести или слабости в конечностях)

С психотическими особенностями, соответствующими настроению

С психотическими особенностями, не соответствующими настроению

При кататонии (см. файл на канале «кататония»)

С перинатальным началом

С сезонным характером (относится к характеру повторяющихся эпизодов большой депрессии)

По степени серьезности: легкая, средняя, тяжелая

- Дистимия традиционно считалась менее серьезной, чем большая депрессия, последствия дистимии все чаще признаются серьезными; они включают в себя серьезные функциональные нарушения, повышенную заболеваемость физическими заболеваниями и повышенный риск самоубийства
- По оценкам, 75% людей с дистимией соответствуют критериям по крайней мере 1 большого депрессивного эпизода, называемого двойной депрессией.

Критерии DSM5tr дистимии

Это расстройство представляет собой объединение хронического большого депрессивного расстройства, определенного в DSM-IV, и дистимического расстройства.

А. Подавленное настроение большую часть дня, в течение большего количества дней, чем нет, как указано либо по субъективным оценкам, либо по наблюдениям других, в течение как минимум **2 лет**.

Примечание. У детей и подростков настроение может быть раздражительным, продолжительность курса должна составлять не менее 1 года.

В. Наличие во время депрессии двух (или более) из следующих признаков:

1. Плохой аппетит или переедание.
2. Бессонница или гиперсомния.
3. Низкая энергия или усталость.
4. Низкая самооценка.
5. Плохая концентрация или трудности с принятием решений.
6. Чувство безнадежности.

** в критериях отсутствуют суицидальные тенденции, идеи вины и чувства никчемности, психомоторная заторможенность или возбуждение, заметные для других людей, а также утрата интересов и удовольствия.*

С. В течение двухлетнего периода (1 года для детей и подростков) расстройства у человека ни разу не наблюдалось отсутствия симптомов, соответствующих критериям А и В, более чем на 2 месяца подряд.

Д. Критерии большого депрессивного расстройства могут присутствовать постоянно в течение 2 лет.

Е. Никогда не было маниакального или гипоманиакального эпизода.

Ф. Расстройство не лучше объясняется стойким шизоаффективным расстройством, шизофренией, бредовым расстройством или другим шизофреническим расстройством уточненного или неуточненного спектра и другим психотическим расстройством.

Г. Симптомы не связаны с физиологическим воздействием вещества (например, наркотического средства, лекарства) или другого заболевания (например, гипотиреоза).

Н. Симптомы вызывают клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах функционирования.

Примечание. Если критерии достаточны для диагностики большого депрессивного эпизода в любой момент в течение двухлетнего периода депрессивного настроения, то в дополнение к диагнозу персистирующего депрессивного расстройства вместе с соответствующими диагностическими данными следует поставить отдельный диагноз большой депрессии. уточнитель (например, с интермиттирующими большими депрессивными эпизодами, с текущим эпизодом).

Укажите , если: С тревожным расстройством , С нетипичными особенностями

Укажите , если: Частичная ремиссия, В полной ремиссии

Укажите , если: Раннее начало: Если начало заболевания произошло в возрасте до 21 года.
Позднее начало: начало в возрасте 21 года и старше.

Укажите, если (за последние 2 года стойкого депрессивного расстройства):

При чистом дистимическом синдроме: полные критерии большого депрессивного эпизода не наблюдались как минимум в течение предшествующих 2 лет.

При персистирующем большом депрессивном эпизоде: полные критерии большого депрессивного эпизода наблюдались в течение предшествующего 2-летнего периода.

С интермиттирующими большими депрессивными эпизодами, с текущим эпизодом: в настоящее время соблюдены все критерии большого депрессивного эпизода, но в течение как минимум предыдущих 2 лет были периоды длительностью не менее 8 недель с симптомами ниже порога полного большого депрессивного эпизода.

С интермиттирующими большими депрессивными эпизодами, без текущего эпизода: полные критерии большого депрессивного эпизода в настоящее время не соблюдены, но по крайней мере в течение предшествующих 2 лет был один или несколько больших депрессивных эпизодов.

Укажите текущую степень тяжести: Легкая, Умеренный, Тяжелая

Немного данных о депрессии из справочника DSM5tr, о которых важно помнить, потому что они влияют на ожидания от лечения и прогнозы

- ✓ Большое депрессивное расстройство **может впервые появиться в любом возрасте**, но вероятность его возникновения заметно возрастает с периодом полового созревания
- ✓ **Хроническое течение** депрессивных симптомов существенно увеличивает вероятность наличия личностных, тревожных расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, и снижает вероятность того, что за лечением последует полное исчезновение симптомов
- ✓ **Восстановление** после эпизода большой депрессии начинается в течение 3 месяцев после начала у 40% людей с большой депрессией и в течение 1 года у 80% людей. **Давность начала является решающим фактором**, определяющим вероятность краткосрочного выздоровления, и можно ожидать, что многие люди, которые находились в депрессии всего несколько месяцев, выздоровеют спонтанно.
- ✓ **Риск рецидива** постепенно снижается по мере увеличения продолжительности ремиссии. **Риск выше** у людей, у которых предыдущий эпизод был тяжелым, у более молодых людей и у людей, у которых уже было несколько эпизодов. Сохранение даже легких депрессивных симптомов во время ремиссии является мощным предиктором рецидива.
- ✓ **Многие биполярные заболевания начинаются с одного или нескольких депрессивных эпизодов**, и у значительной части людей, у которых изначально выявляется большое депрессивное расстройство, в последствии **меняется диагноз на биполярное расстройство.**

- ✓ Кстати, **наличие уточнения «со смешанными признаками»** (см. файл «смешанные включения») **также увеличивает риск** будущего маниакального или гипоманиакального диагноза. **а мы помним, что в МКБ11 и МКБ10 наличие смешанных признаков сразу же должно выставляться в контексте биполярного расстройства, и никакой речи о депрессии не идет, но в клинических рекомендациях концепция смешанных включений в рамках депрессии – существует, причем вместе с лечением.*
- ✓ **Большие депрессивные эпизоды, развивающиеся на фоне другого расстройства, часто плохо достигают ремиссии.** Употребление психоактивных веществ, тревога и пограничные расстройства личности являются одними из наиболее распространенных из них, а наличие депрессивных симптомов может скрывать и задерживать их распознавание.
- ✓ Повторяющиеся панические атаки при одноэпизодном депрессивном расстройстве могут быть признаком большей тяжести заболевания, худшего ответа на лечение и более высокого риска самоубийства.

Немного данных о дистимии из справочника DSM5tr, которые определяют не меньшую серьезность состояния в сравнении с большим депрессивным расстройством

- Дистимия часто имеет **раннее и незаметное начало** (т.е. в детстве, подростковом или раннем взрослом возрасте) и, по определению, **хроническое течение**. Пограничное расстройство личности является особенно сильным фактором риска стойкого депрессивного расстройства.
- **Вероятность полного разрешения депрессивных симптомов** в определенный период времени в контексте стойкого депрессивного расстройства **гораздо ниже**, чем при нехроническом большом депрессивном эпизоде.
- **Дистимия связана с повышенным риском суицидальных исходов** и сопоставимым уровнем инвалидности, независимо от того, возникает ли расстройство в странах с высоким, средним или низким уровнем дохода.
- Степень, в которой дистимия влияет на социальное и профессиональное функционирование, вероятно, широко варьируется, но эффекты могут быть такими же сильными или даже превосходить эффекты, возникающие при большом депрессивном расстройстве.

Критерии дистимии в МКБ-11

*отличаются от DSM5tr

Дистимическое расстройство характеризуется стойким депрессивным настроением (т. е. длящимся 2 года или более), большую часть дня, большую часть всех дней. У детей и подростков депрессивное настроение может проявляться как всепроникающая раздражительность.

1. **Подавленное настроение сопровождается дополнительными симптомами, которые обычно наблюдаются при депрессивном эпизоде**, хотя они могут быть более мягкими по форме. Примеры включают:
 - Значительно сниженный интерес или удовольствие от деятельности
 - Снижение концентрации и внимания или нерешительность
 - Низкая самооценка или чрезмерное или неуместное чувство вины
 - Безднадежность относительно будущего
 - Нарушенный сон или повышенная продолжительность сна
 - Снижение или повышение аппетита
 - Низкий уровень энергии или усталость
2. В течение **первых 2 лет** расстройства не было ни одного двухнедельного периода, в течение которого количество и продолжительность симптомов были бы достаточными для того, чтобы соответствовать диагностическим требованиям депрессивного эпизода.
3. Хотя короткие бессимптомные периоды в период стойкого подавленного настроения соответствуют диагнозу, с момента начала расстройства никогда не наблюдалось длительных бессимптомных периодов (например, продолжительностью 2 месяца или более).
4. В анамнезе отсутствуют маниакальные, смешанные или гипоманиакальные эпизоды, которые могли бы указывать на наличие **биполярного или родственного расстройства**.
5. Симптомы не являются проявлением другого заболевания (например, гипотиреоза) и не обусловлены воздействием какого-либо вещества или лекарства на центральную нервную систему (например, бензодиазепинов), включая эффекты отмены (например, от стимуляторов).
6. Симптомы приводят к **значительному дистрессу** по поводу постоянных депрессивных симптомов или значительного ухудшения в личных, семейных, социальных, образовательных, профессиональных или других важных областях функционирования. Если функционирование и сохраняется, то только за счет значительных дополнительных усилий.

Видны довольно значительные отличия от DSM5tr (во-первых, в критериях, во-вторых в том, как расценивать, расценивать ли вообще наличие депрессии в структуре дистимии и наоборот), **МКБ-11 предлагает следующим образом разграничивать дистимию от депрессии:**

- дистимическое расстройство отличается от депрессии количеством симптомов и течением расстройства

- дистимическое расстройство является хроническим и постоянным состоянием, и в течение начального периода в 2 года, необходимого для установления диагноза, количество и продолжительность симптомов недостаточны для соответствия диагностическим требованиям депрессии

- уже после вышеуказанного периода в 2 года, если количество и тяжесть симптомов достигают диагностического порога для депрессивного эпизода в контексте продолжающегося дистимического расстройства, могут быть диагностированы как дистимическое расстройство, так и депрессия (двойная депрессия).

- в отличие от дистимического расстройства, депрессия имеет эпизодическую природу

- длительные периоды подпороговых депрессивных симптомов, возникающие после депрессивных эпизодов, когда не было начального 2-летнего периода подпороговых симптомов, лучше диагностировать как депрессию в частичной ремиссии

Критерии депрессии в МКБ-11

Выделяют **единичный депрессивный эпизод** (характеризуется наличием или историей **одного** депрессивного эпизода при отсутствии истории предыдущих депрессивных эпизодов) и **рекуррентное депрессивное расстройство** (характеризуется историей по крайней мере **двух** депрессивных эпизодов, разделенных по крайней мере несколькими месяцами без значительного нарушения настроения).

характеризуется периодом:

- подавленного настроения **или** снижения интереса к деятельности, происходящим большую часть дня, почти каждый день в течение периода, длящегося не менее двух недель

сопровождающимся другими симптомами, такими как:

- трудности с концентрацией внимания
- чувства никчемности или чрезмерной или неуместной вины, безнадежности
- повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве
- изменения аппетита или сна
- психомоторное возбуждение или заторможенность
- снижение энергии или утомляемость.

Никогда не было никаких предыдущих маниакальных, гипоманиакальных или смешанных эпизодов, которые могли бы указывать на наличие биполярного расстройства.

Из важного для оценки состояния в МКБ-11 следующее:

1. Добавлены спецификаторы: с тревожными симптомами, с паническими атаками (*возникающие в ответ на тревожные или депрессивные мысли!*), с меланхолией, с сезонным характером.
2. Оценка тяжести депрессии основывается на функционировании человека (социальное, профессиональное и проч), а также количестве, выраженности и субъективном ощущении «переносимости» депрессивных симптомов, в отличие от МКБ-10, где упор делается в большей степени на количестве симптомов и факте наличия/отсутствия галлюцинаций/брёда. В МКБ-11 допускается, что депрессивный эпизод с галлюцинациями и бредом может быть средней степени тяжести, а не тяжелым.

Критерии дистимии МКБ-10

(на территории РФ используют официально МКБ-10)

Это **хроническое депрессивное настроение**, которое в настоящее время **не отвечает** описанию рекуррентного депрессивного расстройства легкой или умеренной тяжести **ни по тяжести, ни по длительности отдельных эпизодов** (хотя в прошлом могли быть отдельные эпизоды, отвечающие критериям легкого депрессивного эпизода, особенно в начале расстройства).

Основной чертой является длительное сниженное настроение, которое никогда (или очень редко) не бывает достаточным для удовлетворения критериям рекуррентного депрессивного расстройства легкой или средней степени.

У этих людей бывают периоды (дни или недели), которые они сами расценивают как хорошие. Но большую часть времени (часто месяцами) они чувствуют усталость и сниженное настроение. Все становится трудным и ничто не доставляет удовольствие. Они склонны к мрачным размышлениям и жалуются, что плохо спят и чувствуют себя дискомфортно, но в целом справляются с основными требованиями повседневной жизни.

Критерии депрессии МКБ-10

(на территории РФ используют официально МКБ-10)

Также выделяется единичный депрессивный эпизод и рекуррентное депрессивное расстройство

На протяжении не менее 2-х недель человек страдает от основных симптомов - (1) сниженного настроения, (2) утраты интересов и удовольствия, (3) снижения энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности. К другим симптомам относятся:

- а) сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
- б) сниженные самооценка и чувство уверенности в себе;
- в) идеи виновности и уничтожения (даже при легком типе эпизода);
- г) мрачное и пессимистическое видение будущего;
- д) идеи или действия направленные на самоповреждение или суицид;
- е) нарушенный сон;
- ж) сниженный аппетит.

Чтобы оценить степень тяжести, в МКБ-10 предлагается считать количество симптомов и оценивать их выраженность:

Легкая степень тяжести - по крайней мере 2 из 3-х основных симптомов, плюс хотя бы еще 2 из других симптомов, ни один из симптомов не должен достигать глубокой выраженности

Средняя степень тяжести - по крайней мере 2 из 3-х наиболее типичных симптомов для легкой степени депрессии, плюс по меньшей мере 3 (а предпочтительней 4) других симптома, несколько симптомов могут быть выраженной степени, но это необязательно, если имеется много симптомов

Тяжелая степень - все 3 из наиболее типичных симптомов, характерных для легкой и умеренной степени депрессивного эпизода, плюс наличие 4 и более других симптомов, часть из которых должны быть тяжелой степени, наличие бреда или галлюцинаций.

Информация носит ознакомительный характер. Самостоятельное назначение или отмена препаратов из перечисленных ниже классов без консультации лечащего-врача недопустимо. Имеются противопоказания.

ЛЕЧЕНИЕ

В лечении депрессии выделяется три этапа: 1 – купирующий, 2- стабилизирующий, 3 – противорецидивный

1. Купирующий этап:

Целью данного этапа является достижение ремиссии, снятия симптомов.

Решение о назначении фармакотерапии принимается врачом совместно с пациентом на основании:

- степени тяжести текущего состояния и суицидальных тенденций,
- с учетом желаний пациента в отношении лечения,
- предыдущей истории депрессии,
- предыдущих суицидальных тенденций,
- сопутствующих состояний
- наличия/отсутствия поддержки близких лиц,
- в целом от контекста его окружающей среды.

Первая линия фармакотерапии – это антидепрессанты. **В том числе, первой линией может быть только психотерапия (КПТ, поведенческая активация, межличностная терапия),** с учетом доступности, желания пациента и тяжести его состояния.

Психотерапия может дополнять фармакотерапию на всех этапах лечения, поскольку комбинация фармы с психотерапией имеет преимущества в сравнении с использованием только фармы (в особенности долгосрочные, влияющие на качество жизни).

Физические упражнения также имеют положительный эффект, в объеме 30 минут 3-4 раза в неделю, и могут дополнять все этапы лечения.

Антидепрессанты назначаются в **минимально эффективных дозах**, наиболее переносимые и безопасные (СИОЗС как первая линия терапии), с учетом сопутствующих состояний (нарушения сна, аппетита, наличие других психических р-в), при отсутствии противопоказаний (должны быть исключены смешанные включения и в целом биполярное расстройство).

Эффект от терапии антидепрессантами развивается с 3 по 8 неделю лечения. **Оценка эффективности** терапии происходит в этот временной промежуток.

2. Если купирующая терапия оказалась эффективной, наступает этап **стабилизирующей терапии**, которая длится непрерывно от 4-6 месяцев на той дозе препарата, на которой был достигнут положительный эффект. Целью этого этапа является стабилизация достигнутого положительного эффекта.

3. **Противорецидивный этап** лечения длится неопределенно долго, начиная с не менее 3-5 лет. Целью этого этапа терапии является сведение к минимуму рисков появления депрессии снова. Данный этап терапии может применяться, а может и не применяться, и зависит это от большого количества факторов – тяжести текущего состояния и предыдущих состояний, количества эпизодов депрессии, суицидальных тенденций текущих и предыдущих, статистических рисков (*50–80% пациентов с депрессивным расстройством отмечают в течение жизни повторное обострение*). Доза препарата на 3 этапе может быть уменьшена, и это тоже зависит от многих факторов (побочные эффекты, например).

Прием антидепрессантов не должен быть прекращен внезапно, чтобы свести к минимуму риски возникновения синдрома отмены (*есть исключения). Дозировка снижается **постепенно**, препарат отменяется **постепенно**.

В лечении дистимии наибольшие результаты показала комбинация фармакотерапии с психотерапией

ЧТО ЕСТЬ ЕЩЕ

Есть методы терапии, которые отражены в обновленных российских клинических рекомендациях по депрессии, уровня С4 и С5, то есть, включены результаты несравнительных исследований, описания клинических случаев или серии случаев, исследований «случай-контроль», отсутствуют доказательства надлежащего качества, все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными, а также, включены методы лечения по которым имеются лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов, к данным методам лечения относятся:

- амисульпид, флупентиксол в дополнение к антидепрессанту при плохо поддающейся лечению депрессии

- противорецидивная монотерапия карбамазепином

Остальные методы просто указаны в качестве «иных методов лечения» как факт, без доп. информации, когда они могут применяться, когда они не могут применяться, зачем они нужны, что это такое вообще, каков механизм и так далее:

- диетическое питание (РДТ) (Методические рекомендации. М., 1979 года)

- внутривенное облучение крови (журнал Социальная и клиническая психиатрия, выпуск 1994 года; №4)

- ультрафиолетовое облучение крови (журнал Социальная и клиническая психиатрия №3, выпуск 1993 года)

- нормобарическая гипоксия (взято из книги «Новые достижения в терапии психических заболеваний». /ред. С.Н. Мосолов/.)

- плазмаферез (исследованы 52 пациента с резистентной терапией на базе Кировской военно-медицинской академии, исследуемым предлагалось ознакомиться с тем, что с ними будут делать)

- ксенонотерапия (исследованы 25 девушек в Ростовском наркодиспансере с целью выявить, эффективность и безопасность при резистентных депрессиях)