

Практичні доказові рекомендації щодо лікування дорослих з депресивними розладами. Частина I: Психіатричний супровід

Автори:

Віталій Войтенко, Psy.D.

Школа післядипломної освіти, Вітонський коледж, Вітон, штат Іллінойс, США
Коледж медицини Мічиганського університету, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Луїс Найкемп / Louis Nykamp, M.D.

Психіатрична лікарня Pine Rest Christian Mental Health Services, Гренд Репідс, штат Мічиган, США
Коледж медицини Мічиганського університету, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Ерік Етчїс / Eric Achtyes, M.D., M.S.

Коледж медицини Мічиганського університету, Гренд Репідс, штат Мічиган, США
Психіатрична лікарня Pine Rest Christian Mental Health Services, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Радосвета Стоянов / Radosveta Stoyanov, M.D.

Мережа Network 180, Гренд Репідс, штат Мічиган, США
Коледж медицини Мічиганського університету, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Кріста Андерсон / Krista Anderson, Ph.D.

Психіатрична лікарня Pine Rest Christian Mental Health Services, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Стівен Томас / Stephen Thomas, Ph.D.

Психіатрична лікарня Pine Rest Christian Mental Health Services, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Івон Едвардс / Evonne Edwards, Ph.D.

Психіатрична лікарня Pine Rest Christian Mental Health Services, Гренд Репідс, штат Мічиган, США
Коледж медицини Мічиганського університету, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Селіна Гілл Лі / Selina Hill Lee, Ph.D.

Психіатрична лікарня Pine Rest Christian Mental Health Services, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Деніел Пост / Daniel Post, Psy.D.

Психіатрична лікарня Pine Rest Christian Mental Health Services, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Коледж медицини Мічиганського університету, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Ніколь Вайнгарден / Nicole Wyngarden, Ph.D.

Психіатрична лікарня Pine Rest Christian Mental Health Services, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Коледж медицини Мічиганського університету, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Вікторія Бабич, к.мед.н.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України, Київ, Україна

Вячеслав Халанський, Ph.D. (ABD)

Інститут соціальної та політичної психології, Національна академія педагогічних наук України, Київ, Україна

Світлана Кравчук, канд. психол. наук

Інститут соціальної та політичної психології, Національна академія педагогічних наук України, Київ, Україна

Анотація

Значна розповсюдженість депресії у світі та тяжкий тягар цієї небезпечної для життя психічної хвороби обумовлюють потребу в підтвердженому фактами підході до її лікування, щоб надати найбільш ефективну допомогу тим, хто від неї страждає. Методичні рекомендації, представлені в цій статті, засновані на кращих практиках, початково були розроблені командою психіатрів, психологів та інших фахівців з психічного здоров'я у навчальній психіатричній лікарні з мережею амбулаторних клінік у штаті Мічиган в США. Ця робота ґрунтується на керівництвах щодо лікування пацієнтів дорослого віку з депресивними розладами, розробленими провідними західними професійними асоціаціями та установами з охорони здоров'я. Ця наукова стаття виокремлює сфери широкого консенсусу серед цих рекомендацій. Таким чином, викладені тут рекомендації щодо лікування депресії становлять "золотий стандарт" західної психіатрії. В цій науковій статті розглядається широкий спектр відповідних аспектів психіатричного лікування, від загального супроводу, до рекомендацій щодо

роботи на різних етапах лікування та роботи з різними категоріями пацієнтів. Підготовка цього посібника для опублікування в Україні виявила необхідність подальшої його адаптації до відповідного культурального середовища та до реалій української психіатрії.

Вступ

Депресія — найбільш поширене, обтяжливе та небезпечне для життя психічне захворювання, на яке страждає близько 15% населення України та 17% населення Сполучених Штатів. По всьому світу більше 300 мільйонів людей страждає на клінічну депресію. Менше ніж 50% з них — звертаються за допомогою та отримують будь-яку професійну допомогу, та лише 10-25% отримують лікування, що ґрунтується на доказових засадах. Враховуючи новітнє розширення спектру можливостей лікування депресії, фахівці з психічного здоров'я мають необхідність у використанні в своїй практичній роботі з пацієнтами сучасних, послідовних, доказових методів лікування. Дані практичні рекомендації, що базуються на доказових засадах, спочатку були розроблені мультидисциплінарною робочою групою, що складалася з психіатрів, клінічних психологів, соціальних працівників та професійних консультантів, афілійованих з навчальною психіатричною лікарнею та мережею амбулаторних клінік — Pine Rest Christian Mental Health Services — у штаті Мічиган в США. Цей документ ґрунтується на нещодавно опублікованих рекомендаціях щодо кращих практик лікування депресії: Керівництво щодо лікування пацієнтів зі значним депресивним розладом Американської психіатричної асоціації [1] (American Psychiatric Association's Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, 3rd Edition (2010)), Клінічні рекомендації щодо лікування депресивних розладів у дорослих Канадської мережі лікування розладів настрою та тривожності (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments' (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults (2009)) [16], Рекомендації NICE щодо лікування та супроводу депресії у дорослих (Оновлена версія) британського національного центру співпраці щодо психічного здоров'я (National Collaborating Centre for Mental Health's (NCCMH) Depression: The NICE Guideline on the Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition) (2010)) [13], а також звіту Всесвітньої організації охорони здоров'я в Європі "Найефективніші діагностичні та терапевтичні стратегії для фахового супроводу депресії" (What Are the Most Effective Diagnostic and Therapeutic Strategies for the Management of Depression in Specialist Care? (2005)) [12].

Крім того, Частина II: психотерапія даного посібника ґрунтується на звіті 2005 року «Президентської комісії із визначення доказових практик у психології» Американської психологічної асоціації (Presidential Task Force on Evidence-Based Practice) [2]. Автори даної статті віддають належне авторам вищезазначених документів та заохочують читача звертатися до їхніх повних версій для більш детального ознайомлення з ними. Якщо вони наявні у відкритому онлайн-доступі, посилання на повнотекстові версії включені до розділу *Література*.

Зазначимо, що більшість джерел, на які ми посилаємося в цій роботі, фокусується саме на значному депресивному розладі (MDD/ЗДР), а не хронічному афективному розладі настрою (дистимії). До того ж, надані тут рекомендації стосуються передусім лікування, а не попередження депресії, а також направлені на надання допомоги дорослому населенню. Специфічні аспекти лікування дітей та підлітків з депресією тут не висвітлюються. Додамо, що цей документ ґрунтується переважно на матеріалах, розроблених у контексті західної культури (тобто, США, Великобританії тощо), тож, окремі з цих рекомендацій не обов'язково можуть бути безпосередньо застосовні в українському контексті. Автори вбачають потребу в розробці відповідного українському культуральному середовищу інструментарію для вимірювання депресії та інформаційних та інших ресурсів для пацієнтів. Кожен фахівець має використовувати свій клінічний досвід при виборі методів лікування на основі характеристик та потреб кожного пацієнта та з огляду на місцевий доступ до існуючих видів лікування.

Загальні аспекти супроводу

Комплексна оцінка

Психіатру слід з'ясувати точний діагноз депресивного розладу та визначити інші психіатричні чи загально-медичні розлади, які мають бути враховані при розробці комплексного плану лікування в співробітництві із пацієнтом [1]. Ретельна оцінка включає: розуміння відповідної предиспозиції, додаткові негативні та постійно діючі фактори впливу; визначення перешкод лікуванню; оцінку зловживання алкоголем та вживання наркотичних речовин; оцінку суїцидальних думок та поведінки; оцінку масштабу наявної емоційної підтримки оточення пацієнта [16] та збір додаткової інформації (від сім'ї тощо). Оскільки депресивні синдроми можуть бути спровоковані або посилені вживанням алкоголю чи інших речовин, необхідно провести детальне вивчення

історії такого споживання [1]. Протягом кілька перших прийомів, важливо встановити точний діагноз наявного депресивного розладу, так як це є передумовою до ефективного лікування.

Як оцінити безпеку пацієнта та його оточення

Зробіть оцінку ризику можливого нанесення шкоди собі на основі перевіреної шкали суїцидальних думок та поведінки, що застосовується або психіатром або пацієнтом (наприклад, Колумбійська шкала схильності до суїциду (Columbia Suicide Severity Rating Scale (CSSRS)) [17]. Оцінювання ризиків варто проводити перед початком та під час лікування. Під час оцінювання ризиків потрібно звертати увагу і на фактори, які часто ігноруються - здатність дбати про власні потреби, гідратація та харчування, оскільки вони можуть зазнати негативного впливу через симптоми депресії [16]. На додачу до оцінки схильності завдання собі шкоди, оцініть ризик нанесення шкоди іншим; спитайте про будь-які випадки насильства, думок/намірів/планів про вбивство людини, про доступ до засобів скоєння насильницьких дій. "Обов'язок попередити" (тобто, інформувати місцеву владу та потенційну жертву) може використовуватися там, де є реальна загроза конкретній людині чи особам. Зрештою, важливо оцінити ступінь, наскільки депресивний стан пацієнта впливає на його здатність піклуватися про залежних від нього осіб (наприклад, маленьких дітей або неспроможних осіб) [1].

Головні фактори ризику: виражена тривожність, роздратованість чи паніка, постійне безсоння, ангедонія, безнадійність чи безпорадність, імпульсивність, активне вживання наркотичних речовин, попередні спроби суїциду, історія самогубств у родині. Відомі групи ризику в американському суспільстві: білі чоловіки 20-30 та старше 50 років, жінки 40-60 років, люди літнього віку, особи, які не мають подружніх стосунків, індивіди без релігійної приналежності, трансгендери та гендерні неконформісти [3; 6]. Подальші дослідження необхідні для встановлення груп підвищеного ризику в українському суспільстві. Крім того треба встановити чи має людина доступ до летальних засобів (наприклад, вогнепальна зброя чи запаси сильнодіючих рецептурних ліків), що може значно підвищити ризик самогубства; психіатру та іншим фахівцям задіяним в супроводі пацієнта варто вжити усіх дієвих заходів, щоб обмежити його доступ до таких засобів (наприклад, попросити пацієнта чи його родину прибрати зброю з помешкання, викинути зайві ліки тощо).

Розробка комплексного "Плану безпеки" створеного у співпраці з пацієнтом

необхідна для пацієнтів зі ступенем ризику від "помірного" до "серйозного", аж до госпіталізації пацієнта. Дослідження довели, що отримання "Обіцянки не накладати на себе руки" від пацієнта є не ефективним в застереженні суїциду.

Визначення належного рівня лікування

Оптимальний рівень лікування необхідно визначати на основі сукупності та вираженості симптомів та рівня безпеки пацієнта. Обраний рівень лікування має бути таким, що найменш обмежує свободу людини та найвірогідніше покращить стан пацієнта [1]. Оптимальний рівень фахового догляду варто постійно переоцінювати протягом курсу лікування [1].

Включення шкал вимірювання рівня депресії до процесу лікування

Аби систематично оцінювати тип, частоту та вираженість депресивних симптомів, реакцію на лікування (включно з побічними ефектами та терапевтичними перевагами [13]), слід використовувати валідизовані шкали оцінювання депресії протягом усіх етапів лікування [1]. Такі шкали можуть бути в форматі опитувальника, що заповнює сам пацієнт (наприклад, Patient Health Questionnaire (PHQ-9)) [10], або такому, що заповнює психіатр (наприклад, Шкала депресії Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) та інші) [7].

Як сприяти дотриманню курсу лікування

Оцінюйте дотримання пацієнта до настанов щодо лікування та наявність побічних ефектів протягом всього курсу лікування. Оцінюйте та враховуйте наявність потенційних перепон дотриманню курсу лікування (наприклад, побічні ефекти ліків, брак мотивації чи спричинена депресією втрата надії; порушення терапевтичного альянсу; фінансові або інші обставини); співпрацюйте з пацієнтом (а за можливості - і з його родиною чи близькими) задля зменшення впливу цих потенційних перепон [1]. Надання пацієнтові можливості обговорити з психіатром будь-які непевності чи застороги щодо лікування чи його побічних ефектів [1] може покращити дотримання лікування. Використовуйте психоедукацію, щоб пацієнт формував реалістичні очікування від кожного етапу лікування, та наголошуйте на важливості дотримання плану лікування для досягнення його цілі.

Додаткові поради

Протягом усіх етапів лікування важливо зберігати міцний терапевтичний альянс, вести психоедукацію та надавати емоційну підтримку, координувати догляд з іншими фаховими спеціалістами та членами родини, коли це можливо [1]. Розгляньте і можливості покращити соціальні зв'язки пацієнта, якість його сну [13] та здатність вдаватися до діяльності, що покращує настрій (наприклад, регулярні фізичні вправи, здорове харчування, волонтерська діяльність та ін.), знеохочуйте тютюнопаління, вживання алкоголю та інших речовин, які впливають на свідомість [1]. Друковані матеріали для пацієнтів і перевірені сайти про депресію та роль пацієнта в лікуванні (як depressiontoolkit.org та 24tv.ua/chomu_depresiya_nastilki_nebezpechna_i_yak_yiyi_podolati_n804473) можуть послужити гарним додатком до психоедукації наданої психіатром [1].

Рекомендації щодо конкретних стадій лікування

СТАДІЯ ПЕРВИННОГО ЛІКУВАННЯ

Вибір початкової тактики лікування

Лікування повинно ставити за мету досягнення повної ремісії поточного епізоду депресії (показники у межах норми за шкалами вимірювання депресії - НАМ-D, PHQ-9 тощо) та повне повернення до початкового рівня діяльності, оскільки це зменшує ризик рецидиву [1; 16]. Первинний вибір тактики лікування залежить від тяжкості депресивних симптомів пацієнта, а також від супутніх патологічних станів, анамнезу та вподобань пацієнта [1].

Субклінічна чи легка депресія. Рекомендуйте пацієнтові сфокусовану на депресії психотерапію та фізичні вправи. Медикаменти як першочергову тактику лікування варто розглядати лише для пацієнтів з клінічним депресивним розладом в анамнезі, невдалим досвідом психотерапії чи тривалістю депресивного епізоду понад два роки [13].

Помірна депресія. Оптимальна початкова стратегія лікування — поєднання антидепресантів та психотерапії [1; 13].

Тяжка депресія. За потреби розгляньте варіант денного стаціонару чи госпіталізації. Найкращі результати дає поєднання фармакотерапії та психотерапії та/або нейромодуляційні процедури [1; 13; 15]. Необхідно підготувати кризовий план та координувати фаховий догляд з іншими

спеціалістами [13].

Психотерапія

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та інтерперсональна терапія (ІПТ) — найбільш вивчені, а отже найчастіше рекомендовані види психотерапії для реактивної, легкої та помірної депресії [1; 11; 15]. Інші доказові види психотерапії для депресії включають короткострокову психодинамічну терапію, терапію вирішення проблем (problem-solving therapy), а також терапію прийняття та зобов'язання (Acceptance and Commitment Therapy) — як в індивідуальному, так і в груповому форматах [1; 11]. Початковий курс психотерапії має тривати 16-20 сесій протягом 3-6 місяців, та має включати в себе систематичний моніторинг симптомів задля оцінювання суїцидальності та реакції на лікування [11]. Визначення виду терапії також залежить від попередніх реакцій пацієнта на психотерапію та від вподобань пацієнта. Більш детальний огляд психотерапії для лікування депресивних розладів надається у Частині II.

Фармакотерапія

Для більшості пацієнтів оптимальні засоби монотерапії першої лінії - селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), селективні інгібітори зворотного захоплення норадреналіну (СІЗЗН), міртазапін та бупропіон; СІЗЗС-дженерік - зазвичай найбільш популярна опція для пацієнтів, які раніше не вживали антидепресанти або ж раніше добре реагували на СІЗЗС [13]. Опублікований у 2009 році метааналіз 117 випробувань антидепресантів показав, що найбільш ефективними є антидепресанти другого покоління: міртазапін, есциталопрам, венлафаксин, тоді як сертралін із есциталопрамом та сертралін показали найкращі результати переносимості пацієнтом [15]. Трициклічні антидепресанти (ТЦА) загалом можна порівняти за ефективністю до вищезгаданих антидепресантів, проте у них ширші, більш виражені побічні ефекти, зокрема ризик серцевої аритмії та смерті через передозування [13; 19]. Використання інгібіторів моноаміноксидази (ІМАО) вимагає дотримання безтирамінової дієти, а отже їх застосування варто відкласти для випадків, коли менш обмежувальні методи лікування виявилися неефективними [1; 13; 15]. Доступні і детальні алгоритми вибору ліків, наприклад поширений Техаський алгоритм медикаментів (Texas Medication Algorithm, ТМАР) [19]. Орієнтуйтеся на зменшення вираженості симптомів щонайменше на 20% протягом перших чотирьох тижнів. Спочатку ведіть моніторинг кожні 1-2 тижні, потім кожні 2-4

тижні [19]. Максимальне зменшення вираженості симптомів за належного дозування спостерігатиметься на 6-8-у тижні. Під час лікування антидепресантами юнаків до 25-річного віку, важливо відстежувати і можливу спровоковану лікуванням суїцидальну поведінку або думки. За наявності психотичних симптомів лікування слід доповнити антипсихотичними препаратами чи електросудомною терапією (ЕСТ) [13].

Інші види терапій

Електросудомна терапія (ЕСТ) — безпечна та ефективна (60-80% ремісії) для пацієнтів із значним депресивним розладом, які не реагують на психотерапію та фармакотерапію [1; 13; 15; 20]. Це також терапія першої лінії для пацієнтів із значним депресивним розладом у наступних ситуаціях: 1) наявність психотичних чи кататонічних симптомів; 2) потреба у терміновій реакції через загрозливі для життя фактори (наприклад, схильність до суїциду, тривала відмова від їжі та води); 3) прихильність пацієнта до ЕСТ чи досвід успішного лікування пацієнта ЕСТ [1; 13; 20]. Для вагітних ЕСТ можна використовувати до третього триместру.

Світлолікування можна використовувати для пацієнтів із значним депресивним розладом на сезонному підґрунті, тобто осінньо-зимової депресії (Seasonal Affective Disorder, SAD), а також і без такого [1]. Більш конкретні поради щодо дозування, тривалості лікування та інші деталі надаються в книзі Майкла Термана *Light Therapy for Seasonal and Nonseasonal Depression: Efficacy, Protocol, Safety, and Side Effects* [20].

Транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС) — методика схвалена державним органами США (FDA) для лікування окремої категорії пацієнтів із значним депресивним розладом. Висновки в наявних провідних публікаціях розбігаються щодо ТМС: "Брак доказів для використання у первинному лікуванні значного депресивного розладу" [1], "використання як лікування другої лінії" [20] або ж "використання лише з дослідницькою метою" [13].

Стратегії за відсутності відповіді на лікування (терапевтично-резистентна депресія)

Якщо пацієнт не реагує на лікування, перед аугментацією чи зміною препарату необхідно розглянути можливість наступного: помилковий діагноз; недіагностовані та/або неліковані коморбідні захворювання; вплив супутніх

фізичних розладів; недостатнє дозування та/або тривалість застосування препарату; недотримання пацієнта до настанов щодо лікування і присутність побічних ефектів; наявність несприятливих життєвих обставин; можливі розлади особистості; невідповідність підходу до роботи терапевта до преференцій пацієнта [1].

Для пацієнтів, які отримують лише психотерапію та мають недостатнє покращення, розгляньте можливість підвищення частоти сеансів чи зміну виду психотерапії. Якщо пацієнт все ж не отримує задовільного покращення, розгляньте можливість застосування фармакотерапії в доповнення до/або замість психотерапії. Одночасне лікування за допомогою ліків і психотерапії може виявитися особливо дієвим для пацієнтів, які недостатньо позитивно відреагували на фармакотерапію або на психотерапію, або мають історію недотримання лікування [1;11].

З точки зору психофармакологічного лікування загальна стратегія полягає в наступному: у разі неповноцінної реакції на препарат збільшіть дозу або зробіть аугментацію; у разі відсутності реакції за максимальних доз та за умов непереносимості, змініть препарат [1; 19]. Уточнимо: для пацієнтів, які не відреагували на курс певного СІЗЗС, перехід на інший антидепресант (з цього самого класу чи з іншого, наприклад, з групи СІЗЗН, ТЦА) може бути дієвим; для аугментації можна використовувати антидепресанти як правило, з іншого фармакологічного класу крім ІМАО (наприклад, бупропіон), або інші препарати на кшталт літію, тиреоїдних гормонів, або другого покоління антипсихотичних ліків[1; 9]. Пацієнтів, здатних дотримуватися безтирамінової дієти і обмеження застосування певних ліків, можна перевести на неселективні ІМАО, попередньо вживши необхідних заходів перестороги, щоб уникнути взаємодії ліків [1]. Для пацієнтів з багатьма невдалими спробами медикаментозного лікування розгляньте можливість консилиуму чи, можливо, направлення на нейромодуляційну терапію (наприклад, ЕСТ, ТМС).

Безсоння та хронічна втома — одні з найпоширеніших залишкових симптомів серед пацієнтів із значним депресивним розладом. У лікуванні безсоння увагу перш за все варто звернути на поліпшення режиму сну; якщо безсоння зберігається, розгляньте короткострокове використання седативних антидепресантів в малих дозах (наприклад, тразодон, міртазапін, докsepін), мелатоніну, рамелтеону або антигістамінів (наприклад, гідроксизин (атаракс), дифенгідрамін (димедрол)). За недостатньої ефективності або переносимості ліків, розгляньте короткострокове використання бензодіазепінів і вибірково —

агоністичних гіпнотиків гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК) (наприклад, золпідем, есзопіклон) [1]. Безсоння може бути самостійним паралельним розладом і фактором ризику рецидиву депресії, її циклічності та неефективності її лікування. Діагностуйте причини безсоння та застосуйте альтернативні методи його лікування (наприклад, КПТ для безсоння).

Якщо присутня виражена супутня тривога, потрібно розглянути можливість додаткового застосування анксиолітиків, починаючи з тих, що не викликають звикання, таких як буспірон або гідроксизин (атаракс), бета-блокаторів (наприклад, пропранолол, атенолол), переходячи за потреби до використання бензодіазепінів під ретельним контролем. Якщо є потреба у використанні речовин які можуть викликати звикання психіатр має запевнитись, що пацієнт не приймає одночасно бензодіазепінові препарати із опіатами, що може бути небезпечним для життя.

Метою лікування має бути досягнення повної ремісії, так як присутність залишкових симптомів збільшує ризик рецидиву, а також є негативним предиктором перебігу хвороби [16].

СТАДІЯ АКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Пацієнтам, які відреагували на лікування антидепресантами, варто продовжувати прийом ліків протягом 6-12 місяців після зняття гострих симптомів, щоб знизити ризик рецидиву [1; 15; 16]. Загальне правило — підтримувати ту дозу ліків, що і на етапі первинного лікування [1; 16]. Психотерапію варто використовувати й у стадії активної терапії, щоб допомогти запобігти рецидивам; на сьогоднішній день КПТ є найбільш вивченим методом психотерапії у цій стадії лікування [1].

СТАДІЯ ПІДТРИМУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ

Метою підтримуючої терапії є випередження нового епізоду депресії після повної ремісії попереднього епізоду. Підтримуюча терапія наполегливо рекомендується всім пацієнтам з високим ризиком рецидиву [1; 13; 15; 16].

Фактори ризику рецидиву включають, але не обмежуються: історією з трьох або більше попередніх епізодів депресії, наявністю залишкових симптомів, сімейною історією розладів настрою, сезонним підґрунтями, первинним проявом хвороби в молодому (ранньому) віці, наявністю тривалих

психосоціальних стресорів, супутніми захворюваннями або зловживанням алкоголем та вживанням наркотичних (психоактивних) речовин [1; 16].

Часові терміни підтримуючої терапії варіюються залежно від функціонування пацієнта, психосоціальних стресорів, анамнезу та наявності симптомів. Окремі пацієнти можуть потребувати безперервного лікування [1; 15].

СТАДІЯ ВІДМІНИ ТЕРАПІЇ

До припинення активного лікування, пацієнти повинні бути поінформовані про ризик рецидиву і мати план доступу до лікування у разі рецидиву симптомів [1]. Дозу антидепресантів потрібно титрувати (поступово знижувати), щоб уникнути абстинентного синдрому або рецидиву [1; 19]. Пацієнтам необхідно перебувати під динамічним наглядом лікаря, протягом декількох місяців після припинення фармакотерапії [1].

Особливі групи населення та супутні захворювання (коморбідність)

Залежності

Робота з пацієнтами, що мають коморбідні розлади, має включати лікування супутніх залежностей та зловживання алкоголем [16].

Пов'язані з ЗДР кататонічні симптоми

У першій лінії лікування кататонічних симптомів клінічного депресивного розладу — бензодіазепіни чи барбітурати, зазвичай разом із антидепресантами [1]. ЕСТ рекомендується, коли фармакологічне лікування кататонічних симптомів є неефективним [1].

Супутня тривожність

У випадках супутньої тривожності можна зробити короткотривалу аугментацію антидепресантів бензодіазепіном [1].

Паління

Депресивні пацієнти-курці можуть позитивно відреагувати на бупропіон чи нортриптилін. Ефективність цих ліків була доведена як у лікуванні депресії, так і у відмові від паління [1]. Психіатр має бути в курсі, що вареніклін може негативно впливати на настрій пацієнта.

Перинатальна депресія

Депресія під час вагітності є основним предиктором післяпологової депресії. Нелікована допологова депресія може призвести до низки негативних наслідків, таких як субоптимальний допологовий догляд, передчасні пологи та мала вага дитини при народженні.

Важливо пам'ятати, що припинення прийому антидепресантів під час вагітності підвищує ризик рецидиву. Для тяжкого депресивного епізоду вживання препаратів — у першій лінії. В контексті психофармакологічного лікування, психіатр має визначити наявну доказовість безпеки призначених ліків для жінки та плоду [4]. У близько 20% жінок розвивається післяпологова депресія [22]. Нелікована післяпологова депресія може вплинути на стан матері та дитини, а також на розвиток останньої [1]. Для легкої та помірної післяпологової депресії перша лінія терапії включає методи ІПТ та КПТ — вони рекомендовані для жінок, які обрали немедикаментозне лікування депресії. Для лікування тяжкої післяпологової депресії рекомендується ЕСТ і ТМС [1], які також можна безпечно використовувати під час вагітності до третього триместру.

Ситуація, коли жінка годує дитину грудним молоком і надає перевагу медикаментозному лікуванню депресії, може стати нелегким завданням для психіатра, оскільки всі антидепресанти виводяться з організму частково і через грудне молоко. Важливо мати на увазі, що рівень антидепресанту в грудному молоці значно нижчий, ніж той, що отримує плід у період внутрішньоутробного розвитку, а також розглядати ризики/переваги нелікованої материнської депресії для матері і плода поруч із ризиками/вигодами штучного дитячого харчування проти грудного вигодовування під час розробки індивідуального плану лікування з пацієнтом. СІЗЗС — перший вибір серед медикаментів для лікування післяпологової депресії, оскільки їх легко приймати, вони мають низьку токсичність та високий рівень переносимості[1; 5; 8; 14]. Цей клас антидепресантів — найбільш вивчений серед пацієнтів "матері з немовлям" [21]. У рамках комплексного аналізу ризику/користі, лікар має розглянути питання про перебіг хвороби і переваг для матері/пари (мати/дитина). Результати клінічних досліджень та інформація для пацієнтів доступна на www.womensmentalhealth.org (англійською мовою).

Депресія у людей літнього віку

При роботі з депресивними розладами у людей літнього віку, дуже важливо визначити коморбідні-соматичні патології, оскільки певні медичні захворювання можуть нагадувати депресію та вплинути на вибір препарату та дозування [1]. Необхідно ретельно відстежувати можливу чутливість до побічних ефектів ліків (наприклад, антихолінергічні ефекти і гіпотонія); дози препаратів повинні завжди бути скориговані у випадку печінкової або ниркової дисфункції [1]. Літні пацієнти загалом добре переносять низькі дози СІЗЗС [15]. ЕСТ також може бути дуже ефективним засобом для лікування значного депресивного розладу у літніх людей (за відсутності протипоказань).

Когнітивні дисфункції

Когнітивні дисфункції у контексті значного депресивного епізоду можуть бути продромальним передвісником розвитку деменції; тому важливо регулярно оцінювати когнітивні функції пацієнта під час лікування [1].

Тяжка втрата

Нормальна реакція горя на недавню втрату не потребує лікування; пацієнти з неускладненим горем можуть отримати вигоду від участі в групах підтримки для тих, хто пережив тяжку втрату. Однак, у випадках ускладненого горя, що супроводжуються значними функціональними порушеннями і серйозними психологічними розладами, рекомендується психотерапія і лікування антидепресантами [1].

Хронічні болі

Хронічний біль часто супроводжує депресію [18]. Люди, що страждають хронічним болем, інколи можуть полегшити симптоми шляхом зміни способу життя. Кращі практики лікування хронічного болю першої лінії використовують мультимодальний підхід, який включає, але не обмежується, прийомом ліків, фізичною або загально-зміцнювальною терапією і когнітивно-поведінковою терапією або підтримуючою психотерапією. Окремі СІЗЗСН (наприклад, дулоксетин) і трициклічні антидепресанти (наприклад, амітриптилін) мають доказову ефективність при лікуванні болю і депресії.

Висновки

Наведені вище рекомендації відображають поточний стан науки про лікування депресивних розладів у дорослих пацієнтів на основі доказової медицини. Рекомендації охоплюють широкий спектр актуальних тем, у тому числі доказову фармакотерапію та соматичну терапію. Тема доказової психотерапії депресії більш докладно обговорюється в Частині II даних рекомендацій. Радимо лікарям-психіатрам використовувати дані рекомендації щодо лікування пацієнтів з депресією для досягнення оптимальних результатів.

Література та джерела

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, Third Edition. Arlington (VA): American Psychiatric Association (APA). – 2010. – http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf. Accessed Oct 30, 2012.
2. American Psychological Association. Report of the 2005 presidential task force on evidence-based practice. Washington, DC: American Psychological Association. – 2005. – <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>. Accessed January 20, 2013.
3. Culpepper L. Recognizing Suicide Risk Factors in Primary and Psychiatric Care. – October 2010. – <http://www.medscape.com/viewarticle/7308575>. Accessed May 14, 2015.
4. Gavin N. I., Gaynes Lohr K. N., Meltzer-Brody S., Gartlehner G. Perinatal Depression FA systematic review of prevalence and incidence. *Obstetr Gynecol.* – 2005. – 106: 1071–1083.
5. Gjerdingen D. The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants. *J Am Board Fam Pract.* – 2003. – 16: 372–382.
6. Haas A. P., Rodgers P. L., Herman J. L. Suicide Attempts Among Transgender and Gender NonConforming Adults: Findings From the National Transgender Discrimination Survey. American Foundation for Suicide Prevention and Williams Institute, UCLA School of Law. – January 2014. – <https://www.torontodistresscentre.com/sites/torontodistresscentre.com/files/Suicide%20Attempts%20among%20Transgender%20and%20Gender%20NonConforming%20Adults.pdf>. Accessed May 14, 2015.
7. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* – 1960. – 23: 56–62.
8. Horowitz J. A., Goodman J. H. Identifying and treating postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* – 2005. – 34: 264–273.

9. Kennedy S. H., Milev R., Giacobbe P. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. IV. Neurostimulation therapies. *J of Affect Disord.* – 2009. – 17: 44–53.
10. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine.* – 2001. – 16: 606–613.
11. Lam R. W., et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. *J of Affect Disord.* – 2009. – 117: 26–43. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.041.
12. Möller H. J., Henkel V. What are the most effective diagnostic and therapeutic strategies for the management of depression in specialist care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. – 2005. – http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/74676/E86602.pdf?ua=1. Accessed October 28, 2012.
13. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: The NICE Guideline on the Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). – 2010. – <http://www.nice.org.uk/guidance/CG91>. Accessed April 27, 2016.
14. National Institute of Mental Health. Depression and Chronic Pain. – <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression-andchronicpain/index.shtml>. Accessed May 1, 2015.
15. Parikh S. V., Zindel S. V., Grigoriadis S., et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *J of Affect Disord.* – 2009. – 117: 15-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.042>.
16. Patten S. B., Kennedy S. H., Lam R. W., et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management. *J of Affect Disord.* – 2009. – 117: 5-14.
17. Posner K., et al. *Columbia suicide severity rating scale (C-SSRS)*. New York, NY: Columbia University Medical Center. – 2008.
18. Practice guidelines for chronic pain management. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Chronic Pain Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. *Anesthesiology.* – 2010. – 112(4): 10–33.
19. Suehs B., Argo T. R., Bendele S. D., Crismon M. L., Trivedi M. H., Kurian B. Texas Medication Algorithm Project Procedural Manual: Major Depressive Disorder Algorithms. Austin, TX: Texas Department of State Health Services. – 2008.

<http://www.pbhcare.org/pubdocs/upload/documents/TMAP%20Depression%202010.pdf>.

20. Terman M., Terman J. S. Light therapy for seasonal and nonseasonal depression: Efficacy, protocol, safety, and side effects. *CNS Spectr.* – 2005. – 10(8): 647–663.

21. Wisconsin Association for Perinatal Care. Antidepressant Medication Chart. Madison, WI. – 2012. – Available at: <http://www.perinatalweb.org/major-initiatives/postpartum-depression/resources>. Accessed April 15, 2014.

22. Wisner K. L., Parry B. L., Piontek C. M. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med.* – 2002. – 347: 194–199.