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

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.

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.

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.