



# СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений и условных обозначений . . . . .	5
<b>1. Введение . . . . .</b>	<b>6</b>
<b>2. Эпидемиология . . . . .</b>	<b>8</b>
<b>3. Патофизиологические механизмы формирования депрессии . . . . .</b>	<b>10</b>
3.1. Моноаминовая гипотеза патогенеза депрессии . . . . .	10
3.2. Роль стресса в патогенезе депрессии . . . . .	12
3.3. Роль эндокринных нарушений в патофизиологии депрессии. . . . .	13
3.4. Роль иммунной системы в патофизиологии депрессии . . . . .	16
3.5. Роль омега-3 полиненасыщенных жирных кислот в патофизиологии депрессии . . . . .	18
3.6. Роль нарушения фолатного цикла в патофизиологии депрессии. . . . .	19
3.7. Роль дефицита витамина D в патофизиологии депрессии . . . . .	21
3.8. Роль микробиома в патофизиологии депрессии. . . . .	23
<b>4. Диагностика депрессивного расстройства . . . . .</b>	<b>26</b>
4.1. Дифференциальный диагноз при депрессивном расстройстве . . . . .	30
4.2. Дифференциальный диагноз с биполярной депрессией. . . . .	31
4.3. Дифференциальный диагноз с шизофренией. . . . .	33
4.4. Дифференциальный диагноз с лекарственно-индуцированной (фармакогенной) депрессией. . . . .	33
4.5. Дифференциальный диагноз с соматическими заболеваниями . . . . .	34
<b>5. Диагностические подтипы депрессии. . . . .</b>	<b>36</b>
5.1. Меланхолическая депрессия . . . . .	36
5.2. Психотическая депрессия . . . . .	41
5.3. Атипичная депрессия. . . . .	42
5.4. Рекуррентное депрессивное расстройство. . . . .	44
<b>6. Применение психометрических шкал для скрининга депрессии . . . . .</b>	<b>46</b>
<b>7. Терапия депрессивного расстройства. . . . .</b>	<b>51</b>
7.1. Методология разработки рекомендаций по терапии депрессивного расстройства. . . . .	55
7.2. Основные принципы терапии рекуррентного депрессивного расстройства . . . . .	57
7.3. Купирующая терапия эпизода рекуррентной депрессии без психотических симптомов . . . . .	59

7.4. Купирующая терапия эпизода депрессии с психотическими симптомами при рекуррентном депрессивном расстройстве . . . . .	82
7.5. Противорецидивная терапия рекуррентного депрессивного расстройства . . . . .	86
7.6. Терапия рекуррентного кратковременного депрессивного расстройства . . . . .	88
7.7. Терапия депрессии у пациентов с коморбидными соматическими заболеваниями* . . . . .	88
7.8. Разработка новых подходов к оптимизации терапии депрессии* . . . . .	99
<b>8. Депрессивные состояния, связанные с репродуктивным циклом у женщин . . . . .</b>	<b>105</b>
8.1. Психические расстройства у женщин, связанные с менструальным циклом . . . . .	105
8.2. Депрессивные расстройства перинатального периода . . . . .	112
8.3. Депрессия у женщин в период перименопаузального перехода . . . . .	125
<b>9. Профилактика депрессии . . . . .</b>	<b>130</b>
Список рекомендуемой литературы . . . . .	133

---

\* В соавторстве с Рукавишниковым Г.В.

# 6. Применение психометрических шкал для скрининга депрессии

---

Один из вопросов, важность которого не вызывает сомнений, — использование психометрических инструментов для скрининга депрессии. Актуальность этого вопроса очевидна как для научных исследований, так и для клинической практики. В научных целях это в первую очередь эпидемиологические исследования, нацеленные на изучение распространенности депрессии в специфических популяциях. Например, различные по выраженности депрессивные проявления широко распространены среди пациентов с соматической патологией. Изучение их имеет не только теоретическое, но и важное практическое значение. Присутствие депрессии ухудшает течение соматического заболевания, уменьшает эффективность лечебных воздействий, влияет на социальное функционирование и качество жизни пациентов. Вместе с тем пациенты, страдающие соматической патологией (особенно мужчины), редко обращаются с жалобами, касающимися их эмоциональных переживаний. Их жалобы относятся чаще к соматическим проявлениям депрессии, таким как снижение аппетита, уменьшение массы тела, нарушения сна, различные вегетативные нарушения, которые врачи общей практики рассматривают в качестве симптомов основного заболевания. Кроме этого, особую проблему представляют маскированные депрессии. Именно поэтому обсуждается вопрос о разработке специализированных практических рекомендаций по скринингу депрессии у пациентов, обращающихся к врачам общей практики. Эти рекомендации

предполагают выделение пациентов, составляющих группу риска по развитию депрессии, и определение основных методических принципов.

Основные принципы использования психометрических шкал для скрининга депрессии заключаются в следующем.

- Одно из основных положений, на которое указывают все исследователи, занимающиеся этой проблемой, — психометрические инструменты, используемые для скрининга депрессии, не являются диагностическими инструментами. Цель скрининга — выделение пациентов, у которых показатель суммарного балла по используемой шкале выше нормативного, что только предположительно может свидетельствовать о присутствии депрессии. Эти пациенты, прежде всего, нуждаются в тщательном клиническом обследовании с привлечением врача-психиатра для верифицирования диагноза «депрессия». Это связано с тем, что используемые психометрические шкалы не нацелены на оценку коморбидной как психической, так и соматической патологии. Вместе с тем присутствие депрессии — частый симптом и других психических нарушений, таких как шизофрения, алкоголизм. Существующие психометрические инструменты нацелены на выявление проявлений сниженного настроения, но, основываясь только на них, невозможно разграничить, например, депрессивное расстройство и дистимию. Важную и достаточно трудную клиническую задачу представляет дифференциальный диагноз депрессивного расстройства и гипотиреоза, где снижение активности и настроения выступает как основное клиническое проявление. В этом случае для постановки корректного диагноза необходимо проведение тщательного клинического обследования, включающего лабораторные исследования. При анализе результатов использования психометрических шкал для скрининга депрессии актуален и еще один аспект: депрессивные нарушения могут быть проявлением побочных эффектов препаратов, используемых как в психиатрии, так и в терапии соматической патологии. Именно поэтому скрининг депрессии — это только начало для дифференциального диагноза в сложных, а иногда и клинически неоднозначных ситуациях. Но постановка диагноза «депрессивное расстройство» возможна только после врачебного осмотра и должна основываться только на использовании диагностических критериев МКБ-10.

- Психометрические шкалы, используемые для скрининга депрессии, должны быть валидизированы с указанием порогового суммарного балла, достижение которого должно свидетельствовать о вероятности присутствия депрессивных проявлений.
- Учитывая, что скрининг депрессии может проводиться врачами общей практики, используемые психометрические шкалы должны быть просты в применении и не занимать много времени при работе с ними. Именно поэтому для этих целей наиболее часто используются самоопросники для пациентов.

Одна из проблем, которая в настоящее время широко обсуждается в научной литературе, — специфичность изучаемой выборки. Это относится и к возрасту обследованного контингента, так как проявления депрессии имеют определенные отличия в зависимости от возраста пациента. Именно поэтому в настоящее время проведена оценка возможности применения для скрининга депрессии психометрических инструментов в различных возрастных группах и даны соответствующие рекомендации (табл. 6.1).

**Таблица 6.1.** Психометрические шкалы, рекомендуемые для скрининга депрессии в различных возрастных группах

Дети и подростки	Взрослые	Пациенты старших возрастных групп
Опросник депрессии у детей (CDI). Применяется у детей в возрасте от 7 до 17 лет. Длительность заполнения — 10–15 мин	Опросник депрессии Бека (BDI). Длительность заполнения — 5–10 мин	Опросник депрессии Бека (BDI). Длительность заполнения — 5–10 мин
Шкала депрессии для детей Центра эпидемиологических исследований (CES-DC). Применима для возрастной группы от 12 до 18 лет. Длительность заполнения — 5–10 мин	Шкала депрессии Центра эпидемиологического изучения депрессии (CES-D). Длительность заполнения — 5–10 мин	Шкала депрессии Центра эпидемиологического изучения депрессии (CES-D). Длительность заполнения — 5–10 мин
	Шкала депрессии Цунга. Длительность заполнения — 5–10 мин	Гериатрическая шкала депрессии (GDS). Длительность заполнения — 10–15 мин

Окончание табл. 6.1

Дети и подростки	Взрослые	Пациенты старших возрастных групп
	Эдинбургская шкала послеродовой депрессии. Используется у женщин в послеродовом периоде. Длительность заполнения — менее 5 мин	Краткая гериатрическая шкала депрессии. Длительность заполнения — 5–10 мин
Шкала Рейнольда для оценки депрессии у детей. Применима для возрастной группы от 8 до 12 лет. Длительность заполнения — 10–15 мин		Шкала депрессии Цунга. Длительность заполнения — 5–10 мин
Шкала Рейнольда для оценки депрессии у детей. Применима для возрастной группы от 13 до 18 лет. Длительность заполнения — 10–15 мин		
Опросник депрессии Бека (BDI). Применим для возрастной группы от 14 лет и старше. Длительность заполнения — 5–10 мин		

Имеются когорты пациентов, для которых использование стандартных, применяемых для скрининга депрессии инструментов является малоинформативным. Так, например, это относится к определению депрессии у женщин в послеродовом периоде. Для проведения скрининга этой группы пациентов разработан специальный психометрический инструмент — Эдинбургская шкала, которую рекомендуют использовать в рутинной клинической практике для оценки эмоционального статуса.

Безусловно, скрининг депрессии у большинства пациентов, обращающихся к различным врачам, не всегда целесообразен с практической точки зрения, и эта процедура не может являться обязательным компонентом любого врачебного осмотра. Именно поэтому важно выделить пациентов, составляющих группу риска по присутствию депрессии, скрининг которых может существенно повлиять на стратегию их лечения.

Пациенты, входящие в группу риска, с учетом возрастных особенностей приведены в **табл. 6.2**.

Таблица 6.2. Показания для скрининга депрессии

Взрослые пациенты	Дети
Родственники пациентов, страдающие депрессивным расстройством. Пациенты, имеющие два хронических заболевания или более. Пациенты, страдающие ожирением. Пациенты с хроническим болевым синдромом. Беременные и женщины в послеродовом периоде. Социальная изоляция. Множественные соматические симптомы. Головокружение или нарушения сна. Злоупотребление алкоголем и другими ПАВ. Снижение сексуальной активности. Пациенты старших возрастных групп	Антисоциальное поведение. Снижение успеваемости в школе. Ограничение общения со сверстниками. Резкие колебания массы тела. Употребление алкоголя и ПАВ. Проявления агрессии. Ажитация и беспокойство

Использование психометрических шкал в качестве инструмента для скрининга депрессии в психиатрической практике также возможно. Чаще они применяются для определения вероятной депрессии у пациентов с другими психическими расстройствами. При этом чаще применимы и удобны для использования самоопросники для пациентов. Остается проблематичным вопрос о применении в этих целях широко распространенных в психиатрии шкал, таких как HDRS (шкала Гамильтона для оценки депрессии) и MADRS (шкала Монтгомери–Асберг для оценки депрессии). Дело в том, что эти шкалы разработаны для оценки тяжести депрессивной симптоматики у пациентов с уже диагностированным депрессивным расстройством, хотя имеются данные о различной скрининговой чувствительности этих шкал. Так, известно, что HDRS представляет собой более чувствительный инструмент для скрининга депрессии, в то время как шкала MADRS более ориентирована на регистрацию изменений в состоянии пациента, происходящих в результате терапии.