

## ВЕДЕННЯ ДЕПРЕСІЇ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

Proceedings of a symposium "Management of Depression in Primary Care" &  
Am. J. Med. 1996; 101 (6A): 1s–56s

**Депресія (Д) є поширеним захворюванням. Понад 15% людей світу час від часу протягом життя страждає на великі депресивні розлади. Вона трапляється у майже 30% усіх амбулаторних пацієнтів. Серед хронічних хворих цей показник є ще вищим.**

Д зумовлює жахливі особисті страждання та інвалідизацію людей. Сума загальних збитків від Д в США у 1990 становила 43,7 млрд \$.

Лікарі загальної практики при первинних оглядах хворих рідко встановлюють діагноз Д (за даними літератури, тільки в 40–60% випадків).

Лікування Д лікарями загальної практики часто є неоптимальним. Антидепресанти призначають в неадекватному дозуванні, достатню підготовку в психотерапії мають небагато лікарів. Мета цієї статті – накреслити підходи, які лікарі загальної практики зможуть реально застосувати в повсякденній практиці.

### Поширеність депресії при інших захворюваннях

Симптоми великої Д трапляються в 24–46% госпіталізованих пацієнтів. Найчастіше вони виникають при серйозних захворюваннях: раку, інфаркті міокарда, хворобі Паркінсона та інсульті. При раку психічні розлади спостерігаються в 47% пацієнтів, причому 89% з них не мають в анамнезі жодних психічних відхилень. Суїцидальні тенденції в цій групі виникають у 2 рази частіше, ніж в інших пацієнтів. Велику Д виявляють у 20–30% хворих на інфаркт міокарда протягом 6-12 місяців від початку хвороби. Вплив Д на смертність у цих хворих є не меншим, ніж вплив поганої функції лівого шлуночка або наявності ще одного інфаркту в анамнезі.

Частота Д при хворобі Паркінсона коливається від 29% до 90%, а при інсульті становить близько 45%.

### Діагноз депресії: велика, хронічна та мала

**Великі Д є найважливішими, бо зумовлюють найбільшу інвалідизацію та потребують найінтенсивнішого лікування. Хронічні Д є доволі поширеним явищем, однак поки що є небагато даних щодо їхнього лікування. Малі Д (дизадаптаційні розлади з пригніченим настроєм, поєднані тривожність-депресія та неспецифічні депресивні розлади) є поширеними, однак малознаними захворюваннями в практиці терапевта.**

### Великі депресії

Є 9 кардинальних ознак великої Д. Для встановлення діагнозу пацієнт повинен мати щонайменше 5 симптомів протягом принаймні 2-тижневого періоду, причому обов'язково повинні бути наявними пригнічений настрій або ангедонія.

**1. Пригнічений настрій.** Це не звичайний людський смуток, а пригніченість, невдоволеність дисфоричність, які виражені, як звичайно, щодня, протягом більшої частини дня, щонайменше 2 тижні.

**2. Ангедонія.** Це втрата радості від життя або інтересу до нього. Цей критерій є дуже важливим, бо, на відміну від попереднього, його наявність охочіше й ширіше визнають пацієнти.

Таблиця 1.  
Ознаки та симптоми депресії

Встановлення діагнозу великої депресії вимагає, щоб пацієнт мав хоча б 5 з 9 поданих далі симптомів. Обов'язково мають бути наявні пригнічений настрій або глибока втрата інтересу й радості до життя. Для врахування симптому він має бути вираженим протягом більшої частини дня, як звичайно, щодня впродовж 2-тижневого періоду:

1. Пригнічений настрій.
2. Втрата інтересу до життя або приємності від нього.
3. Втрата ваги або її збільшення (втрата апетиту або його посилення).
4. Розлади сну.
5. Втома.
6. Психомоторна загальмованість або збудження.
7. Труднощі концентрації або нерішучість.
8. Низька самооцінка або відчуття провини.
9. Думки про смерть або суїцидальні настрої.

енти. Цінним скринінговим питанням щодо ангедонії є: “Що Вам буває приємно робити?” або “Що Вам давало радість цими днями?”

**3. Фізичні ознаки.** Чотирма головними фізичними ознаками великої Д є: розлади сну (занадто тривалий або закорткий), поганий апетит або схуднення, низька енергійність, психомоторне збудження або загальмованість. Наявність цих ознак віщує добрий ефект від антидепресантів. Однак у складних у діагностичному плані випадках (анорексія в ракового хворого, як прояв Д чи основного захворювання?), згідно з останнім виданням “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-IV) Американської психіатричної асоціації, лікарі при встановленні діагнозу Д повинні застосовувати інклюзивний підхід (принцип включення), враховуючи всі симптоми, незалежно від їхньої етіології.

**4. Психологічні симптоми:** утруднена концентрація уваги або нерішучість, низька самооцінка або відчуття провини, нав'язливі думки про смерть або самогубство.

Для осіб, які володіють англійською мовою, може бути корисним мнемонічне скорочення “SAD-A-FACE” (по-українському — сумнолиций):

- S** — sleep disturbances — розлади сну;
- A** — appetite or weight changes — зміна апетиту або ваги тіла;
- D** — dysphoria or other mood changes (anxiety, irritability) — дисфорія або інші зміни настрою (тривожність, дратівливість);
- A** — anhedonia: loss of pleasure, interest, sex drive — ангедонія — втрата приємності, інтересу, статевого потягу;
- F** — fatigue — втома;
- A** — agitation/psychomotor retardation — збудження або психомоторна загальмованість;
- C** — concentration difficulties — труднощі концентрації;
- E** — esteem (low) /guilt — (низька) самооцінка /відчуття власної провини;
- S** — suicide /thoughts of death — самогубство/думки про смерть.

**Біполярна хвороба.** Невеликий відсоток хворих на велику Д мають біполярну хворобу. Ці пацієнти зазнають циклічних змін настрою з помірно вираженими епізодами Д та манії. В проміжках між цими епізодами вони можуть почуватися цілком нормально.

Для встановлення діагнозу манії в пацієнта мають бути вираженими протягом щонайменше тижня принаймні чотири з переліку наведених далі симптомів, обов'язково включно з першою ознакою:

- Δ очевидний чіткий період патологічного та постійно піднесеного, експансивного або роздратованого настрою;
- Δ зменшена потреба в сні;
- Δ безугавне прагнення розмовляти;
- Δ неухважність;
- Δ потік ідей, різних думок;
- Δ збільшення кількості та вираженості цілеспрямованої діяльності (соціальної, робочої, навчальної або статевої) або психомоторне збудження;
- Δ гіпертрофована самооцінка або меґаломанія;
- Δ надмірне вдавання до дій, пов'язаних з отриманням задоволення, які часто можуть мати болісні наслідки (гулянки, статеві зловживання або нерозумні ділові ініціативи).

### Хронічні депресії (дистимії)

Цей стан є легший, ніж велика Д, однак триває відносно довго або набирає хронічного перебігу. В таких пацієнтів часто виникають епізоди великої Д. Діагноз дистимії встановлюють тоді, коли симптоматика триває впродовж щонайменше 2 років з наявністю пригніченого настрою або ангедонії протягом більшої частини цього часу. Крім того, мають також бути вираженими ще два інші симптоми Д.

### Малі депресії

До цієї категорії належать дизадаптаційні розлади (adjustment disorders) з пригніченням настрою, змішана тривожність-депресія та неспецифічний депресивний розлад. Серед амбулаторних пацієнтів хворі цієї підгрупи складають 10—20%, причому ці розлади все ще пов'язують зі значною втратою працездатності. Діагноз малих Д встановлюють, коли пацієнт має виражену депресивну функціональну симптоматику.

### Диференціальний діагноз

Треба пам'ятати, що деякі соматичні захворювання і використання окремих ліків можуть спричинити депресивну симптоматику. Багато хворих на тривожні та особистісні розлади, токсикоманію або соматоформні розлади також страждають на Д.

Такі синдроми, як тривожність, панічні розлади, фобії, генералізовані тривожні та обсесивно-компульсивні розлади є типовими для депресивних пацієнтів.

Панічні розлади відзначаються раптовими, всеохоплюючими нападами тривожності в поєднанні з фізичними симптомами (тахікардія, скорочення часу вдиху, шлунково-кишковий дистрес, тремор). Часто трапляються фобії самотності, публічних виступів, закритих приміщень. Обсесії — це нав'язливі думки, які непокоять пацієнта (наприклад, бажання несподівано для всіх голосно скрикнути). Натомість компульсивні розлади — це дії, які багаторазово беззмислово повторюються (наприклад, повторне перевіряння замків).

Особи, які зловживають алкоголем або ліками, часто висловлюють багато скарґ. Лікування таких пацієнтів розпочинають тільки після того, як вони припинили зловживати алкоголем або препаратами.

У пацієнтів з розладами особистості (пограничні стани, нарцисизм, істеричність) часто виникають симптоми Д під час значних стресів. Соматоформні розлади стосуються групи станів, які відзначаються значними незрозумілими фізичними проявами. Приблизно у 50% хворих з соматоформними розладами в якийсь момент їхнього життя виникає Д.

**Таблиця 2.**  
**Медикаменти та хвороби, які найчастіше пов'язані**  
**з виникненням депресії**

<b>Захворювання:</b>
Карциноїд — рак підшлункової залози — інсульт — колагенози — ендокринні захворювання — лімфоми — хвороба Паркінсона — перніціозна анемія — вірусні захворювання.
<b>Медикаменти:</b>
Гіпотензивні (резерпін, метилдопа, бета-блокатори), анальгетики, бензодіазепіни, барбітурати, кортикостероїди, леводопа, психостимулятори (при відміні), препарати для хіміотерапії.

### Стратегії розпитування

Ключем ефективної оцінки Д при первинному звертанні залишається медичне опитування. Воно має 3 головні функції:

- Δ збирання даних;
- Δ емоційне реагування на заяви пацієнта та встановлення добрих стосунків з пацієнтом;
- Δ освітні та поведінкові лікувальні техніки.

### Стратегія збору даних

Лікар повинен уникати передчасного припинення розмови з пацієнтом. В одному з досліджень встановлено, що терапевти прагнуть перервати своїх пацієнтів у середньому вже після перших 18 секунд спілкування. Натомість якщо давати можливість пацієнту виговоритись, то це може забезпечити цінні дані для встановлення діагнозу.

Найкраще використовувати так звані “відкриті запитання” (на них не можна відповісти тільки одним словом — “так” чи “ні”). Треба дозволити пацієнтові розповісти його історію, фокусуючи увагу насамперед на тому, як симптоматика впливає на життя хворого. Доцільно також з'ясувати, чого саме очікує пацієнт, відвідуючи лікаря.

Лікар повинен скеровувати розповідь пацієнта (“розкажіть-но більше про ...”) і водночас висловлювати своє зацікавлення та увагу шляхом схвального гмукання, похитування головою та підтакування. Врешті, завжди треба переконатись, що пацієнт висвітлив усі свої проблеми. Типовим запитанням для цього є: “А може Вас ще щось непокоїть?” Це запитання треба повторити декілька разів. Якщо хворий перераховує надто багато проблем, то треба з'ясувати, які саме з них є пріоритетними.

Застосування описаних прийомів зробить набагато ефективнішим розпитування пацієнта. Наприкінці розмови потрібно не дати втягнути себе в доволі типові звернення хворого типу: “А до речі, лікарю...”

### Реагування на емоції пацієнта

Лікарі доволі часто уникають заглиблюватись в психологічні проблеми своїх пацієнтів, побоюючись відкриття “ящика Пандори” з безліччю скарг. Однак така позиція залишає хворого незадоволеним і може зумовлювати помилковість діагнозу.

Треба послуговуватись мистецтвом спокійного реагування на розповідь пацієнта, щоб швидше встановити довірливі стосунки з ним. Прикладами таких технік є “відбиття”, “узаконення”, “підтримка”, “висловлення поваги та партнерства”. Усі ці техніки використовують не питання, а твердження. Відбиття означає заяву, яка висвітлює розуміння лікарем почуттів пацієнта (наприклад: “Я бачу, Ви дуже пригнічені!”). Такі слова заохочують хворого продовжу-

вати сповідь. Серія схвальних коментарів лікаря під час розмови значно зміцнює довіру пацієнта до нього. Узаконення — це твердження, які дають хворому можливість зрозуміти, що його відчуття є нормальними та зрозумілими (“А Ви знаєте, що багато людей себе почували б аналогічно за таких обставин!”). Підтримка – заява лікаря про його персональну готовність сприяти розв’язанню проблеми (“Я тут для того, щоб допомогти Вам, Ви можете розраховувати на мене!”) Зразок партнерських заяв, які заохочують до співпраці: “Я б хотів почути про решту Ваших труднощів і потім ми разом сплануємо як Вам допомогти”. Врешті, вислови поваги безпосередньо підтримують позитивні зусилля пацієнта (“Я вражений, як Ви даєте собі раду, незважаючи на такі обставини!”).

### **Інформування та навчання пацієнта**

Для уникнення ймовірного несприйняття хворими звістки про діагностовану в них Д запропоновано кілька стратегій. Насамперед лікарі повинні щиро співчувати хворим із приводу їхніх соматичних страждань. Пацієнти, як звичайно, справді відчують біль, втому або дивні відчуття. Тому варто їм казати: “Я бачу, як Ви страждаєте, це, мабуть, справді важкий біль. Однак дані клінічного обстеження та лабораторних досліджень підтримують моє враження, що ці симптоми не пов’язані з серйозною медичною патологією. Я гадаю, що Ви страждаєте на Д, яку нескладно вилікувати”.

Крім того завжди буває корисно запитати пацієнта: “А як Ви розумієте поняття “депресії?” Це дає можливість збагнути ставлення пацієнта до хвороби та скоригувати його помилкові уявлення. Хворого треба запевнити, що Д є типовою, поширеною патологією, яка до того ж добре піддається лікуванню.

### **Стратегія лікаря при підозрі на депресію**

#### **1. Загальні підходи до діагностики.**

Вироблення настороженості. Оскільки депресивні розлади в практиці лікаря первинної допомоги виникають так само часто, як і гіпертензія, то природним є включення депресії до переліку нозологій, які підлягають обов’язковому диференціальному діагнозу, особливо, якщо симптоматика в пацієнта має незрозумілий характер. Важливо пам’ятати, що Д не є діагнозом виключення: її можна діагностувати на підставі анамнезу, спостереження пацієнта та з допомогою різних методик і критеріїв. Знання таких факторів ризику, як жіноча стать, обтяжена спадковість, психічні розлади, спроби самогубства чи токсикоманії в анамнезі підвищує ймовірність правильного встановлення діагнозу Д.

#### **Мистецтво діагнозу**

При підозрі на Д завжди треба цікавитись настроєм пацієнта та його життєвою ситуацією. Добре починати фразою: “Я зауважив, що у Вас трохи напружений або дещо пригнічений вигляд” Після цього треба дати пацієнтові час на відповідь; це дозволяє хворому подумати, а лікареві висловити свій непідробний інтерес. Інші варіанти корисних запитань: “Коли Ви востаннє відчували втіху від якоїсь діяльності?” або “Багато осіб у ситуаціях, схожих на Вашу, почувують себе пригніченими, чи не відчуваєте й Ви себе так?”

Іноді чудово спрацює повішений на стіні плакат з перерахованими симптомами Д. Багато пацієнтів вказують на нього, кажучи: “Це ж усе точнісінько, як у мене!”

#### **Фокусування уваги на психологічних симптомах**

Супутня соматична патологія може ускладнювати процес діагностики Д, тому увагу треба зосереджувати на психологічних симптомах Д. Шукайте ознаки ангедонії, низької самооцінки та надмірного відчуття провини або безвартісності життя.

### **Інклюзивність діагнозу**

Якщо в первинного пацієнта виникають симптоми, які відповідають критеріям Д, то, як звичайно, їх треба специфічно лікувати, навіть якщо супутнє захворювання вносить свою лепту в загальну симптоматику.

### **Обговорення діагнозу з пацієнтом**

Важливо з'ясувати погляди пацієнта на Д вже на початку розмови. Для цього можна просто запитати, що пацієнт думає, коли чує термін “депресія”? Потім треба гранично зрозуміло і точно скоригувати уявлення хворого, у тому числі й використовуючи спеціальні брошури, розраховані на пацієнтів.

Необхідно виявляти гнучкість у термінології і поясненнях. Помічено: багато хворих охоче сприймають тлумачення, що їхній стан є наслідком значного стресу, реакцією на низку життєвих ускладнень або результатом змінених біохімічних процесів у мозку. Іноді допомагає використання спеціальної термінології, такої як “біологічні афективні розлади” або “хімічний дисбаланс”. При граничному скептицизмі хворого рекомендують застосувати швидше “медичну модель” пояснень (хвороба — результат біохімічних змін у мозку), аніж психологічний підхід (пов'язання симптоматики з міжособовими труднощами або внутрішнім психічним конфліктом). Іноді буває корисно показати відповідний розділ з книги або використати питальника — шкалу депресії. Користь від психотерапії можна порівняти з порадами стосовно харчування у хворих на діабет.

Завше доцільно підтримувати у хворого виважений оптимізм. Цьому служить запевнення про добрий ефект специфічного лікування та про відсутність істотних наслідків від Д.

### **Планування лікування**

Ефективність лікування поліпшується при залученні пацієнта до складання плану його лікування. Активна участь хворого в цьому процесі забезпечує ясне розуміння мети, методів, альтернатив необхідного курсу терапії.

Поширеного небажання щодо консультації у психіатра можна уникнути, заявляючи: “Я б хотів дістати пораду від мого колеги-психіатра. Завдяки цьому я зможу краще спланувати Ваше лікування. Я прошу Вас прийти після консультації, щоб ми могли про все порозмовляти.” Часто доцільно залучити й родину хворого (особливо в осіб, схильних до суїциду) в діагностично-лікувальний процес.

Незважаючи на більший ефект комбінованого застосування антидепресантів та психотерапії, усе ж більшість пацієнтів надають перевагу проведенню тільки фармакотерапії. Окремі особи затято відкидають будь-які способи лікування. Таких пацієнтів треба намагатися переконати, але ліпше спочатку погодитись з їхньою позицією, визначаючи якийсь термін відстрочки вирішення питання про терапію. Коли погоджена дата мине, можна вернутись знов до дискусії про спосіб лікування.

Завжди прислуховуйтесь до думки пацієнта, погоджуйтеся на певні його ініціативи (наприклад, застосування вітамінів або курсів молитви) для досягнення швидшого одужання.

### **Ведення пацієнта**

У хворих на Д на початковій стадії захворювання рекомендуємо призначати щотижневі контрольні візити. Якщо це важко зробити, то принаймні треба періодично порозмовляти з пацієнтом по телефону. Пацієнтів треба заохочувати звертатись до лікаря і між усталеним графіком відвідин, якщо виникають якісь неочікувані проблеми.

В лікуванні Д треба розрізняти побічні ефекти антидепресивної терапії та її лікувальний ефект. Часто, наприклад, седативні антидепресанти усувають істотний прояв хвороби – безсоння, однак цей побічний ефект лікування не треба вважати якимсь поліпшенням стану хворого. Дозування препарату треба підбирати таким чином, щоб майже всі симптоми хворого

повертались до преморбідного стану. З цією метою хворому корисно вести щоденник свого самопочуття, який періодично обговорюють з лікарем.

Доцільно застосовувати всі можливі додаткові лікувальні заходи: психотерапію, усунення обтяжуючих факторів, відмову від зловживання ліками або алкоголем, регулярний прийом снодійних та деяких гіпотензивних препаратів. Під час кожного візиту до лікаря треба проводити коротке обговорення стану справ. Іноді є корисними регулярні аеробні вправи або – в пацієнтів з психомоторним загальмуванням — щоденні більш-менш тривалі контакти з іншими людьми.

### **Тривалість лікування**

Нелікована велика Д в молодих осіб триває 9—12 місяців, а в старших віком — навіть довше. Тому рекомендуємо проводити лікування принаймні протягом 4—9 місяців після припинення симптоматики з метою зменшення ризику рецидиву. Лікування припиняють, здебільшого поступово знижуючи дозу протягом кількох тижнів і постійно контактуючи з пацієнтом. У деяких пацієнтів (особливо тих, хто мав 3 і більше епізоди великої Д) потрібна постійна підтримуюча антидепресивна терапія.

Завжди пам'ятайте про можливість суїцидів.

Закінчення в наступному числі журналу.

Підготував *Володимир Семенів*