

Данный обзор подготовлен по материалам 22 Конгресса Европейской психиатрической ассоциации (март 2014 г., Мюнхен) участниками Образовательной программы ВПА «Восточноевропейская академия Всемирной психиатрической ассоциации и компании «Сервье» специально для медицинских журналов Восточно-Европейского региона Всемирной психиатрической ассоциации.

Депрессия: от лечения к профилактике

А.А.Овсепян

Кафедра психиатрии Ереванского государственного медицинского университета им. М.Гераци, Армения

В статье представлен обзор материалов XXII конгресса ЕПА, посвященных вопросам профилактики депрессии. Представлены разработки профилактических моделей для общей популяции и отдельных групп риска, таких как подростки, пожилые, беременные и др. Рассмотрены способы раннего распознавания депрессий. Также говорится о комплексном подходе к лечению депрессии и ее вторичной профилактике.

Ключевые слова: депрессия, профилактика, психофармакотерапия, психотерапия.

Depression: from Treatment to Prevention

A.A.Hovsepyan

M.Heratsi Yerevan State Medical University, Department of Psychiatry, Armenia

The paper presents contemporary approaches to prevention of depression based on XXII EPA congress data. Prevention models for general population and special risk groups, such as adolescents, elderly, pregnant, etc. are described. It also reviews methods of early recognition of depression, as well as complex therapy approaches and secondary prevention issues.

Keywords: depression, prevention, psychopharmacotherapy, psychotherapy.

Проблема депрессий постепенно занимает ведущее место среди насущных задач психиатрической науки. Согласно ВОЗ, депрессия в настоящее время является самым распространенным психическим расстройством, которым страдают около 350 млн человек [1]. Одной из основных проблем борьбы с депрессией считается низкая обращаемость пациентов за специализированной помощью. Основной причиной является неготовность пациента и его ближайшего окружения признать наличие пробле-

мы и обратиться за специализированной помощью. По словам директора Департамента психического здоровья и токсикомании д-р Шеххара Саксена, медицинскую помощь, которая им необходима, получают менее половины лиц с депрессией. Во многих странах их меньше 10% [1]. В этом отношении очень важным является внедрение психообразовательных программ и борьба со стигматизацией. В бюллетене ВОЗ за октябрь 2012 г. сообщается о том, что профилактические программы приводят к снижению уровня депрессии, в частности есть эффективные подходы по профилактике депрессий на уровне отдельных сообществ, которые включают ориентированные школьные программы по предотвращению жестокого обращения с детьми, программы по улучшению когнитивных, социальных навыков и навыков в области решения проблем детей и подростков [1].

На 22-м Конгрессе Европейской психиатрической ассоциации, состоявшемся в Мюнхене 1–4 марта 2014 г., наибольшее внимание уделялось именно вопросам профилактики депрессии.

Одним из ведущих специалистов, обратившихся к этой теме, стал P.Cuijpers (Голландия). Ученый привел впечатляющие цифры, которые подчеркнули значение депрессии как одной из основных причин потери или снижения работоспособности. Экономические потери от большого депрессивного расстройства (БДД) составили в Европе 130 млн евро на миллион населения, примерно в этой же цифре выражаются потери от легкой депрессии, и, возможно, вдвое больше – от дистимии [2]. Большинство этих людей никогда не попадают в фокус специалистов по психическому здоровью. Часть из них лечится у непрофильных специалистов, часть вовсе не считает свое состояние проблемным.

P.Cuijpers особо подчеркнул, что несмотря на широкий выбор способов лечения, ни один из них не показал желаемой высокой эффективности, и в обозримом будущем не предвидится новых методов (как фармакологических, так и психотерапевтических), которые существенно отличались бы в плане результативности от ныне применяемых, и особую важность приобретает вопрос профилактики. В основу предлагаемой схемы берется широко применяемая модель тройной профилактики: универсальной (для всего населения), селективной (для групп риска) и неопределимой (для людей с начальными признаками депрессии). Согласно последнему метаанализу 32 крупных работ по профилактике депрессий, риск развития депрессии снижается на 19–26% в зависимости от вида профилактики [3]. В качестве основных целевых групп для широкомасштабной селективной профилактики предлагаются подростки, беременные и недавно родившие женщины, диабетики и пожилые люди.

Переключается со словами голландского ученого популяционное исследование, проведенное в Латвии E.Rancans, J.Vrublevska и соавт., в ходе которого было установлено, что большая часть пациентов с депрессией обращается в непрофильные медицинские учреждения – государственные службы первичного звена и в медицинские центры общего или психиатрического специализированного профиля [4].

Сведения об авторе

Овсепян Арам Ашотович – кафедра психиатрии ЕГМУ им. М.Гераци, Армения

Ведущий специалист по депрессиям Н.Ж.Моллер из Германии, в ходе своего выступления, озаглавленного «Что психиатры должны знать по психофармакологии», отдельное внимание уделил проблеме раннего распознавания депрессии, и в частности, роли социальных служб и психообразования для первичной профилактики и специальных социально-реабилитационных служб – для предотвращения повторных эпизодов.

В плане распознавания депрессии любопытным представляется исследование австралийских ученых А.Саванна и соавт., посвященное клиническим особенностям депрессии у мужчин. Ученые обращают внимание на тот факт, что депрессия, соответствующая критериям МКБ-10 и DSM-V у мужчин диагностируется значительно реже, чем у женщин, и задаются вопросом, возможно ли наличие в клинической картине депрессии у мужчин ряда признаков, не включенных в общепринятые диагностические критерии. На основе тщательного отбора данных 16 000 работ были установлены симптомы, наиболее часто наблюдаемые при депрессии у мужчин. В порядке распространенности это: нарушения сна, утомляемость, нарушения аппетита, употребление алкоголя и психоактивных веществ, тревога, раздражительность, снижение либидо. Как видим, здесь нет таких основных симптомов, как стойкое снижение настроения и ангедония, а также некоторых вторичных. Авторы отмечают, что вследствие выраженной гетерогенности рассмотренных работ данное исследование нельзя считать метаанализом в полном смысле слова. Тем не менее, до тех пор пока нет разработанных на доказательной базе зависимостей от пола диагностических подходов для определения депрессии следует с особым вниманием подходить к ее выявлению у пациентов мужского пола.

А.Риекер-Росслер из Швейцарии представил результаты организации профилактики послеродовых депрессий. Указанное состояние, согласно автору, встречается у 10–15% рожениц (для сравнения, распространенность послеродового психоза – 0,1–0,2%). Также отмечается высокая частота депрессии у беременных, с тенденцией к нарастанию в течение беременности. Специфика послеродовых депрессий заключается в их запущенности и трудности диагностики. В отдаленном прогнозе она приводит к нарушениям развития у детей, повышает риск семейных конфликтов и насилия, а также является основной причиной суицида и инфантицида в первый год после родов. Из-за недооценки серьезности симптомов, нежелания обращаться к психиатру и страха разлуки с ребенком депрессия чаще всего остается нелеченной. Учитывая то, что прием лекарств в течение грудного вскармливания нежелателен, были разработаны алгоритмы профилактики и немедикаментозного лечения послеродовой депрессии. В частности, рекомендуется включать в консультацию беременных тестов на определение депрессии, а также обращение особого внимания на известные факторы риска и субклинические симптомы. Отмечается важность роли специализированных интернет-ресурсов, с помощью которых матери могут сами оценивать и следить за своим состоянием. Немедикаментозное лечение включает в себя психообразование, психотерапию, релаксацию, регулировку сна, социальную поддержку, свето- и музыкотерапию.

Ж.Е.ван дер Ваerden (Голландия) также обращается к этой теме, делая акцент на то, что работа с депрессивными матерями является важным звеном профилактики будущих депрессий у детей. Указывая на основные социоэкономические факторы, вы-

зывающие депрессию у женщин – безработицу, низкий уровень образования и низкий семейный доход – он отмечает наличие аффективных проблем у их детей и благоприятное влияние на их состояние снижения уровня депрессии у матерей [5].

Румынские ученые D.Cozman и соавт. представили результаты мультицентрового исследования, охватившего около 9000 подростков из 11 европейских стран. В течение годичного наблюдения рассматривалась связь между событиями жизни и депрессией. В результате было выяснено, что на аффективную сферу подростков больше всего влияют следующие факторы (в порядке убывания): межличностные проблемы (особенно с родителями), школьные, и в частности, учебные проблемы, отношения с партнером, финансовые трудности. Также важно общее число стрессогенных событий. Примечательным является обстоятельство, что события, происходящие в среде ровесников, имеют значительно большую важность, чем события с участием близких людей других возрастных групп.

А.Сузуки и соавт. (Великобритания) исследовали влияние детских травм на особенности эмоционального функционирования. Как оказалось, у лиц, устойчивых к депрессии, несмотря на перенесенную детскую травму, развились стратегии «пристрастно положительного» эмоционального реагирования, тогда как лица, уязвимые для депрессии, наоборот, имели «пристрастно негативную» эмоциональную оценку происходящего. Таким образом, авторы предполагают, что соответствующая коррекционная работа с лицами, перенесшими детскую травму, может существенно снизить риск развития депрессии.

Р.Вентурини и соавт. (Италия) также обращаются к теме «мужской депрессии», проследившая ее связь с детской психологической травматизацией. Авторы выяснили, что дети, подвергнувшиеся насилию, психотравме или запущенности, значительно чаще переживают депрессию «по мужскому типу», которая здесь описывается также, как у А.Саванна и соавт., и чаще совершают суицидальные попытки.

В свою очередь, в упоминавшемся выше бюллетене ВОЗ также говорится о том, что меры, предназначенные для родителей детей с поведенческими проблемами, могут способствовать уменьшению депрессивных симптомов у родителей и улучшению прогноза у их детей.

Нестандартный подход продемонстрировали А.Хан и С.Кумаг из Великобритании, рассмотревшие литературные данные о влиянии общения с природой и физической активности на уровень депрессии у молодых людей в возрасте 16–25 лет. Обобщая данные, авторы заключают, что различные виды активности на открытом воздухе повышают личностную гибкость и самоконтроль, повышая устойчивость к депрессии. Занятия спортом и совместные походы снижают присутствующую депрессию социальную изоляцию и повышают самооценку, а регулярные физические упражнения в течение 7 мес снижают уровень депрессии. Причем подчеркивается, что эффективность данного подхода выше при его внедрении с детского возраста. Конечно, данные методы не всегда могут иметь достаточную самостоятельную эффективность, но в сочетании с другими способами лечения они могут привести к хорошим результатам. Отметим сделанное в рамках того же исследования интересное наблюдение, что пациенты со сходными расстройствами соматического профиля раньше выписываются из больниц, территория которых богата зелеными насаждениями.

W.Maier (Германия) представил программу профилактики депрессий позднего возраста, основанную на известных факторах риска. Автор указывает на то, что распространенность депрессий растет с возрастом, достигая 8,6% в возрастной группе 75–80 лет и 13,7% – в группе старше 85 лет. У людей старше 65 лет, страдающих от депрессии, смертность почти вдвое выше средней. В результате исследования ученые выделили основные факторы риска, в число которых вошли: одиночество, социальная дезинтеграция, потеря близких людей, инвалидизирующие соматические болезни, снижение когнитивных функций и нахождение в специальных институтах (больницы, заведения для ухода). Работу с теми факторами из указанных, которые поддаются коррекции, автор для улучшения результата предлагает начать до появления признаков депрессии. Автор также отметил, что при депрессии позднего возраста наблюдаются специфичные поражение белого вещества мозга, фронтостриальная дисфункция и ряд других морфологических нарушений.

Британские исследователи К.М.Appleton и соавт. поднимают вопрос о связи депрессии и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. На основе анализа данных о заболеваемости ССЗ и смертности больных депрессией у более чем 10 000 больных бытующее мнение о том, что депрессия повышает риск заболевания и смертности, было поставлено под сомнение. Основой для этого стало использование разнородных, часто не прошедших валидизацию, методов исследования и недостаточно точная организация большинства исследований.

К.Angstman с соавт. (США) представили данные обширного исследования взаимосвязей сахарного диабета и депрессии. Как показывают результаты, контроль уровня глюкозы и степень ожирения не влияют на развитие и уровень депрессии. Также вопреки распространенному мнению, депрессия у больных сахарным диабетом не протекает тяжелее обычного. Возможно, дело в том, что больные диабетом привычны к уходу за собой и имеют высокий уровень дисциплины.

Доктор R. de Jesus представила модель, разработанную в клинике Мэйо (США) по комплексному менеджменту депрессии, успешно опробованную среди популяции, расовых меньшинств, также представляющих группу с повышенным риском развития депрессии.

R.Bianchi, I.S.Schonfeld приводят данные о схожести синдрома выгорания и депрессии на основании сравнения особенностей когнитивных расстройств, что дает основание включать в группы риска людей, подверженных синдрому выгорания.

А.Курсаков и Е.Бобров (Россия) рассмотрели влияние различных подходов к оценке депрессивных состояний, на выявление связи между нейрокогнитивными расстройствами и депрессивной симптоматикой. Как выяснили исследователи, психометрические инструменты, основанные на анализе поведения, имеют преимущество над традиционными шкалами, основанными на клинической оценке или самооценке.

Группа канадских ученых во главе с J.L.Wang разработали предиктивный алгоритм рекуррентного большого депрессивного эпизода, основываясь на доказанные факторы риска. Метод разработан по аналогии с широко используемыми в настоящее время кардиологическими и онкологическими алгоритмами. В основу программы легло долгосрочное наблюдение за 2713 пациентами, перенесшими БДЭ, в течение которого повторный эпизод развился у

25,4% больных. Тест, который можно пройти на сайте <http://predictingdepression.com/>, предсказывает вероятность развития БДЭ в течение следующих 4 лет. Он предназначен как для врачей, так и для самих пациентов, для которых в конце приведена ссылка на другой сайт, <http://www.heretohelp.bc.ca/>, где более подробно исследуется аффективная сфера и представлен широкий выбор методов помощи людям с расстройствами настроения.

Нейровизуализационные исследования, которые в настоящее время недостаточное внимание уделяют аффективным расстройствам, могут в будущем стать клинически значимыми предикторами риска возникновения депрессии. А.McIntosh и соавт. из Великобритании установлена выраженная связь между семейными случаями циклотимии и развитием БДЭ. По мнению исследователей, полигенный риск развития депрессии может быть связан как с общей проводимостью структур головного мозга, так и с функционированием отдельных его участков.

В продолжение темы следует обратиться к некоторым докладам, посвященным терапии, однако переключающимся с темой вторичной профилактики депрессий. Например, метаанализ P.Cuijpers и соавт. (Голландия), посвященный достижениям психотерапевтического лечения депрессий за последние 40 лет, приводит к выводу, что в целом эффективность психотерапии значительно ниже, чем принято думать. При этом ни одному из направлений не отдается существенного приоритета, но отмечается, что наиболее продуктивной является долгосрочная психотерапия, а самым результативным подходом представляется комбинирование психотерапии и психофармакотерапии. Также выявляется, что психотерапия эффективнее при лечении сравнительно острых состояний, тогда как при хронических депрессиях и дистимиях ее эффект достаточно низок [6].

В международном исследовании, под руководством D.Novick из Великобритании, изучали причины и влияние нон-комплаенс антидепрессантов на течение депрессии. Выяснилось, что комплаенс снижают такие факторы, как клиническая тяжесть депрессии, плохой ответ на лечение, низкий уровень ремиссии и низкое качество жизни.

G.Goodwin из Оксфордского университета обратился к теме терапевтически резистентных депрессий. В частности, отметил, что в разных исследованиях само понятие «терапевтически резистентный» определяется по-разному, и что важную роль играет субъективное ощущение клинициста, который чувствует, что лечение не принесет желаемого результата. Профессор отметил, что все большую популярность приобретает добавление атипичных нейролептиков (арипипразола, оланзапина, кветиапина), добавив, что, несмотря на всю свою заманчивость, этот подход вряд ли станет переломным методом, позволяющим добиться серьезного прогресса. Недостаточно изучено комбинирование психологической работы с фармакотерапией, что является одной из основных целей исследователей в ближайшем будущем – наряду с генетическими исследованиями.

Подводя итог, можно сказать, что, несмотря на продолжающийся активный поиск новых фармакологических способов терапии депрессии, в психиатрической среде наблюдается тенденция к формированию комплексного подхода к лечению. Ведущие специалисты особо подчеркивают важность профилактической работы, которая может стать самым терапевтически результативным и экономически выгодным способом борьбы с депрессией.

Литература

1. Информационный бюллетень ВОЗ No. 369. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/ru/>
2. Cuijpers P., Beekman A.T., Reynolds C.F. 3rd. Preventing depression: a global priority. *JAMA*. 2012 Mar 14; 307 (10): 1033–4.
3. van Zoonen K., Buntrock C., Ebert D.D. et al. Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *Int J Epidemiol*. 2014 Apr; 43 (2): 318–29.

4. Rancans E., Vrublevska J., Snikere S. et al. The point prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population of Latvia. *J Affect Disord*. 2014 Mar; 156: 104–10.
5. van der Waerden J.E., Hoefnagels C., Hosman C.M., Jansen M.W. Defining subgroups of low socioeconomic status women at risk for depressive symptoms: The importance of perceived stress and cumulative risks. *Int J Soc Psychiatry*. 2014 Mar 24.
6. Cuijpers P., Karyotaki E., Weitz E. et al. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014 Apr; 159: 118–26.

Данный обзор подготовлен по материалам 22 Конгресса Европейской психиатрической ассоциации (март 2014 г., Мюнхен) участниками Образовательной программы ВПА «Восточноевропейская академия Всемирной психиатрической ассоциации и компании «Сервье» специально для медицинских журналов Восточно-Европейского региона Всемирной психиатрической ассоциации.

Вопросы организации помощи лицам, страдающим шизофренией

Д.А.Крупченко¹, В.Г.Симонян²

¹Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», Минск, Беларусь

²Психиатрический центр Норк, Ереван, Армения

В обзоре представлены основные проблемы организации помощи при шизофрении, речь о которых шла на 22-м Конгрессе Европейской психиатрической ассоциации, среди которых: необходимость реорганизации психиатрической службы с ориентацией ее на внестационарные формы помощи; стигматизация лиц, страдающих шизофренией и необходимость ее преодоления; плохое соматическое здоровье пациентов, страдающих шизофренией и побочные эффекты психотропных препаратов; распространенность нарушений прав человека в свете конвенции по защите прав инвалидов. Систематизированы приоритеты политики организации помощи при шизофрении, среди которых: ориентация на восстановление, интегрированный подход к лечению, создание поддерживающей среды, способствующей выздоровлению. Кратко приведены рекомендации основных направлений изменения политики оказания помощи при данном психическом расстройстве.

Ключевые слова: шизофрения, политика, служба помощи.

Issues of Health Care Provision for People Suffering from Schizophrenia

D.A.Krupchanka, V.G.Simonian

¹Minsk Regional Center

«Psychiatry-narcology», Minsk, Belarus

²Psychiatric Center «Nork», Erevan, Armenia

The article presents an overview of main issues of health care provision for people suffering from schizophrenia that were mentioned during the 22nd Congress of the European Psychiatric Association. They include: the necessity of reorganizing the psychiatric service and reorientation of it toward out-patient facilities; stigmatization of people with schizophrenia and the necessity to overcome it; poor physical health of patients with schizophrenia and adverse effects of psychotropic drugs; the abundance of human rights violations in the light of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The policy priorities in schizophrenia are systematized. They include: focus on recovery, an integrated approach to treatment, creating a supportive environment for the recovery. The recommendations of the main directions of policy changes in schizophrenia are briefly presented.

Keywords: schizophrenia, policy, service.

Введение

Шизофрения является одной из самых распространенных психических расстройств. В научной литературе существует много трудов, посвященных различным аспектам данной патологии. Еще В.А.Гиляровский в своих трудах [1] отмечал, что шизофрения одна из самых распространенных психических заболеваний, и что половина всех пациентов, поступающих в психиатрические стационары, страдают шизофренией. Автором приводились данные, о том, что в последнее десятилетие ведутся активные работы в сфере познания этиологии и развития новых моделей оказания помощи данной группе людей. Однако, несмотря на это, шизофрения остается одной из самых сложно протекающих патологий.

Распространенность заболевания в мире среди взрослого населения составляет около 1% [2]. По данным ВОЗ, во всем мире шизофренией страдает 24 млн человек, шизофрения входит в десятку забо-

Сведения об авторах:

Крупченко Дмитрий Александрович – врач-психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, учреждение здравоохранения «Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», Минск, Республика Беларусь

Симонян Ваган Гагикович – заведующий клиникой первого психотического эпизода Психиатрического центра Норк МЗ, Ереван, Республика Армения