ЛІКУВАННЯ ТА ВЕДЕННЯ дорослих пацієнтів із депресією

Депресії притаманний широкий спектр проблем із психічним здоров'ям, зокрема брак позитивного афекту (втрата інтересу та задоволення від звичайних речей і переживань), знижений настрій і низка пов'язаних із цим емоційних, когнітивних, фізичних і поведінкових симптомів. Традиційно депресію класифікують за тяжкістю як підпорогову, легку, помірну та тяжку. До вашої уваги представлено огляд оновлених настанов Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги Великої Британії (NICE, 2022), під час розроблення яких використано підхід, що визначає нові епізоди депресії як менш тяжкі (підпорогова та легка) або серйозніші (помірна та тяжка депресія).

Загалом тяжкість депресії визначається частотою та інтенсивністю симптомів, тривалістю розладу та його впливом на особисте й соціальне функціонування. Традиційно тяжкість депресії групували за чотирма категоріями, але розробники цих настанов використали спосіб представлення тяжкості депресії, який краще допоможе застосовувати рекомендації в рутинній клінічній практиці. Менш тяжка депресія охоплює підпорогову й легку форми, а більш тяжка – помірну й тяжку. Порогові значення за валідованими шкалами використовували як індикатор тяжкості: наприклад, 16 балів за шкалою PHQ-9 (модуль «Опитувальника оцінки здоров'я пацієнта» [Patient Health Questionnaire], що стосується виявлення депресивних симптомів), причому за кількості балів <16 депресія визначається як менш тяжка, а за ≥16 – як більш тяжка.

Під час роботи з пацієнтом, який страждає на депресію, та його родиною чи опікунами:

- будуйте довірливі стосунки, працюйте відкрито та без засуджень;
- аналізуйте підходи до лікування в атмосфері надії та оптимізму, пояснюючи різні варіанти перебігу депресії та те, що одужання можливе;
- пам'ятайте, що з діагнозом «депресія» можуть бути пов'язані стигматизація та дискримінація;
- симптоми депресії, вплив стигми та дискримінації можуть ускладнити доступ пацієнта до психіатричних послуг або прийняття пропозиції щодо лікування;
- вживайте заходів для зменшення стигматизації та дискримінації й подолання бар'єрів для осіб із депресією, які потребують допомоги (поясніть, що депресія – не привід для засудження; що пацієнт заслуговує на співчуття; що «повага» до психічних та фізичних захворювань не має різнитися; застосовуйте індивідуалізований підхід);
- переконайтеся, що обговорення відбуваються в умовах поваги до пацієнта, конфіденційності та приватності.

Вибір методів лікування

У настановах ідеться про доцільність обговорення з пацієнтом із депресією таких питань:

- Чинники, які могли мати вплив на розвиток, перебіг і тяжкість депресії на додаток до оцінювання симптомів і пов'язаних із ними функціональних порушень:

1) будь-яка історія депресії та супутніх психічних або фізичних розладів;

2) будь-яка історія підвищення настрою (для визначення наявності можливого біполярного розладу, у якому депресія – одна з його частин);

3) будь-який минулий досвід терапії депресії та відповідь на попереднє лікування;

4) особисті сильні аспекти та ресурси, зокрема опорні стосунки;

5) труднощі з попередніми та поточними взаємостосунками;

6) поточний спосіб життя (наприклад, дієта, фізична активність, сон);

7) будь-який недавній або минулий досвід стресових або травматичних життєвих подій, як-от надмірність, розлучення, втрата близької людини, травма;

8) умови життя, вживання наркотиків (прописаних або заборонених) і алкоголю, борги, ситуація з працевлаштуванням, самотність і соціальна ізоляція.

- Наявність у пацієнта ідеї або побажань щодо початку терапії, варіантів лікування, які раніше вважалися корисними або яким могли б віддати перевагу.
- Досвід пацієнта щодо будь-яких попередніх епізодів депресії або лікування депресії.
- Сподівання на результати лікування.

Зокрема, слід приділити достатню кількість часу для обговорення варіантів лікування та залучення до нього членів сім'ї та опікунів, допомогти побудувати довірливі стосунки з пацієнтом та сприяти безперервності догляду (за змоги забезпечити можливість відвідування одного і того самого медичного працівника; занотовувати свої

погляди та вподобання, щоб інші лікарі були обізнані із цими деталями).

Варто обговорювати з пацієнтом його уподобання щодо лікування (зокрема, відмову від пропозиції лікування або зміну своєї думки після його початку) через надання інформації про:

1. Те, які методи лікування рекомендовані NICE, їх потенційні переваги та недоліки, час очікування лікування та ймовірні результати
2. Форму лікування (індивідуально або в групі, особисто чи дистанційно), місце госпіталізації (за потреби).
3. Можливість бути присутнім разом із членом сім'ї або другом, коли це можливо, протягом частини або всього курсу лікування.
4. Можливість висловити перевагу щодо статі медичного працівника, звернутися до фахівця, із яким вони вже мають добрі стосунки, або змінити його, якщо ці стосунки не є ефективними.

Автори наголошують на потребі в прийнятті саме спільного рішення з пацієнтом щодо лікування депресії.

Слід забезпечити пацієнтові можливість висловити власну думку про перевагу методів лікування, рекомендованим NICE. Ці методи лікування мають бути своєчасно доступними, особливо за тяжкої депресії, як і проведення моніторингу для забезпечення рівності доступу до його надання, отримання результатів та досвіду.

Проведення лікування

Усі процедури

Розглядаючи способи лікування пацієнта з депресію, слід:

- провести оцінювання потреб;
- розробити відповідний план терапії;
- взяти до уваги будь-які проблеми з фізичним здоров'ям;
- врахувати будь-які супутні проблеми з психічним здоров'ям;
- обговорити, які чинники найбільше сприятимуть залученню особи до лікування (зокрема, аналіз позитивного та негативного досвіду попереднього лікування);
- розглянути попередній анамнез лікування;
- усунути будь-які бар'єри на шляху до надання лікування через інвалідність, мовні або комунікативні труднощі;
- забезпечити регулярний зв'язок між медичними працівниками у спеціалізованих і неспеціалізованих установах, якщо особа отримує спеціалізовану підтримку або лікування;
- узгодити вибір лікування з потребами та вподобаннями осіб із депресією;
- використати найменш інвазивне та найбільш ефективне лікування, яке відповідає клінічним потребам пацієнта, або те, яке було ефективним у минулому.

Для всіх осіб із депресією, які проходять лікування, необхідно:

- переглядати ефективність терапії впродовж 2–4 тижнів після її початку;
- проводити моніторинг лікування та оцінювати його узгодженість;
- стежити за побічними ефектами та можливою шкодою лікування;
- відслідковувати виникнення суїцидальних думок, особливо за перші тижні лікування;
- розглянути можливість регулярного моніторингу результатів (із використанням відповідних валідних показників результатів сеансу, наприклад балів за PHQ-9) та подальших дій.

Психологічні та психосоціальні інтервенції

Автори настанов наголошують на доцільності інформування пацієнта здепресією щодо очікувань проведення курсу лікування та його тривалості, наприклад, статут Національної служби охорони здоров'я Великої Британії (National Health Service, NHS) рекомендує розпочинати лікування протягом 18 тижнів. Слід підтримувати регулярний зв'язок із пацієнтом через певні проміжки часу; переконуватися, що він знає, як отримати доступ до допомоги в разі погіршення стану здоров'я та поінформований про те, до кого можна звернутися з приводу свого просування в листі очікування. Також доцільно розглянути можливість надання матеріалів для самодопомоги та вирішення питань щодо соціальної підтримки в перехідний період. Окрім того, рекомендовано використовувати посібники з психологічного та психосоціального лікування для визначення форми, тривалості та завершення втручань. Слід розглянути можливість використання рамок компетенцій, розроблених на підставі посібника(-ів) із лікування, для психологічних та психосоціальних втручань із метою підтримки ефективної підготовки, проведення втручань та відповідний нагляд.

У рекомендаціях NICE (2022) наголошується, що всі медичні працівники, які надають допомогу особам із депресією, мають отримувати регулярне клінічне наставництво та мати змогу контролювати та оцінювати свою компетентність (за згодою пацієнта це може бути перегляд відео- та аудіозаписів їхньої роботи керівником).

Під час надання психологічної допомоги пацієнтам із порушеннями нервово-психічного розвитку або труднощами з навчанням доцільно розглянути можливість адаптації втручання відповідно до настанов NICE щодо проблем психічного здоров'я в осіб із труднощами з навчанням. Коли наближається завершення курсу психологічного лікування, варто обговорити з пацієнтом способи, за допомогою яких він може зберегти переваги лікування та забезпечити постійне оздоровлення.

Фармакологічне лікування

Початок застосування антидепресантів

Перед початком призначення фармакотерапії депресії слід обговорити та узгодити з пацієнтом план лікування, зокрема інформацію про:

- причини, через які запропоновано призначення ліків;
- вибір ліків (якщо підходить кілька різних антидепресантів);
- дозування препаратів і його коригування (за потреби);
- сподівання пацієнта щодо терапії й переваги фармакологічного лікування запропонованими засобами;
- шкоду лікування, що охоплює можливі побічні реакції та ефекти відміни, наприклад будь-які явища,

яких пацієнт особливо хотів би уникнути (збільшення ваги, седативний ефект, вплив на сексуальну функцію);
- будь-які занепокоєння пацієнта щодо застосування або припинення приймання препарату.

Також варто переконатися, що пацієнт має письмову інформацію, що відповідає його потребам, яку він може взяти із собою та переглянути в разі потреби.

У разі призначення антидепресантів слід переконатися, що пацієнт має інформацію про:
- вплив і можливі наслідки препаратів на початку лікування;
- розвиток ефекту (зазвичай, якщо антидепресант почне діяти, протягом 4 тижнів);
- дату першого огляду (здебільшого він відбувається протягом 2 тижнів для перевірки динаміки та виникнення побічних ефектів; можливий через тиждень, якщо новий препарат призначено пацієнту віком 18–25 років або якщо є особливе занепокоєння щодо ризику самогубства);
- важливість дотримання інструкцій щодо застосування антидепресантів (наприклад, час доби, взаємодія з іншими ліками та алкоголем);
- роль регулярного моніторингу і його періодичність;
- можливість самостійного контролю своїх симптомів, завдяки чому пацієнт зможе відчути себе причетним до власного одужання;
- доцільність призначення лікування щонайменше через 6 місяців після ремісії симптомів та його регулярного перегляду;
- зберігання деяких побічних ефектів протягом усього лікування;
- симптоми відміни та те, як можна їх мінімізувати.

Припинення застосування антидепресантів

Як зазначено в рекомендаціях, у разі виникнення бажання припинити приймання антидепресантів пацієнту слід повідомити про це лікаря. Варто пояснити пацієнту необхідність саме поетапного зменшення дози протягом певного часу (так зване «звуження»), але зазначити, що більшість осіб успішно припиняють застосування антидепресантів.

Також автори настанов акцентують увагу на доцільності попередження пацієнтів, які приймають антидепресанти, про синдром відміни у разі різкого припинення і/або пропуску приймання ліків або застосування неповної дози. Зокрема, симптоми абстиненції виникають не у всіх і можуть відрізнятися за типом і ступенем виразності.

Необхідно пояснити пацієнту, який приймає антидепресанти, що:
- симптоми відміни можуть бути легкими та з'явитися впродовж декількох днів після зменшення або припинення лікування і зазвичай минають протягом 1–2 тижнів;
- синдром відміни іноді може бути складнішим, а симптоми тривають довше (у деяких випадках кілька тижнів, а іноді кілька місяців);
- симптоми відміни іноді можуть бути тяжкими, особливо, якщо раптово припинити застосування антидепресантів.
- Варто зауважити, що пацієнт може мати страхи та занепокоєння щодо припинення приймання антидепресантів (наприклад, щодо синдрому відміни або того, що депресія повернеться), і може потребувати підтримки для успішної скасування терапії, особливо, якщо попередні спроби призвели до симптомів відміни або не були успішними. Це може охоплювати: інформацію про ресурси, які можуть бути корисними; посилення підтримки з боку клініциста або терапевта (наприклад, регулярні телефонні дзвінки для перевірки, частіші відвідування, надання порад щодо гігієни сну).

У разі, якщо пацієнт вирішив припинити приймання антидепресантів, слід:
- враховувати фармакокінетичний профіль препарату (зокрема, період його напіввиведення, оскільки дозування антидепресантів із коротким періодом напіввиведення потрібно знижувати повільніше) і тривалість лікування;
- повільно знижувати дозу до повної відміни, на кожному етапі призначати частку попереднього дозування (наприклад, 50% попередньої дози);
- розглянути можливість застосування менших знижень дози застосовуваного препарату (наприклад, на 25%);
- визначати та узгоджувати швидкість зниження дозування і тривалість абстиненції з пацієнтом, який приймає призначені лікарські засоби, переконавшись, що будь-які симптоми абстиненції зникли або є стерпними перед тим, як перейти до наступного зниження дози;
- враховувати ширший клінічний контекст, зокрема, потенційну користь швидшої відміни при виникненні серйозних або нестерпних побічних ефектів (наприклад, гіпонатріємії або кровотечі верхніх відділів шлунково-кишкового тракту);
- зважати на те, що швидша відміна може бути доцільною в разі зміни антидепресантів;
- визнати, що для успішного завершення приймання препарату можуть знадобитися тижні або навіть місяці.

Якщо після досягнення дуже малих доз повільного зниження дозування не вдається досягти за використання таблеток або капсул, варто розглянути можливість приймання рідких препаратів (за наявності таких). Доцільним є здійснення моніторингу та огляду осіб, які приймають антидепресанти під час зменшення їх дози, як щодо симптомів відміни, так і щодо повернення симптомів депресії. Частота моніторингу має ґрунтуватися на клінічному оцінюванні стану пацієнта та потребі в його підтримці.

У разі зменшення дози антидепресантів слід пам'ятати:

1. Симптоми відміни можуть виникати при застосуванні широкого спектра антидепресантів (трициклічні антидепресанти [ТЦА], селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну [СІЗЗС], інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну [СІЗЗСН] та інгібітори моноамінооксидази [МАО]).
2. Деякі широко застосовувані антидепресанти, як-от пароксетин і венлафаксин, частіше асоціюються із симптомами відміни, тому щодо них потрібна особлива обережність.

3. Значна тривалість дії флуоксетину означає, що його приймання іноді можна безпечно припинити:
- в осіб, які приймають флуоксетин (20 мг/добу), період почергового денного приймання може забезпечити відповідне зниження дози;
- для пацієнтів, які приймають вищі дози (40–60 мг флуоксетину на добу), застосовувати схему поступової відміни;
- спостерігати протягом 1–2 тижнів для оцінювання ефектів зниження дози, перш ніж розглядати можливість подальшого її зменшення.

У разі виникнення симптомів відміни при припиненні застосування антидепресантів або зменшенні їх дозувань варто запевнити пацієнта, що в нього не розвивається рецидив депресії. Це можна пояснити завдяки наведенню низки принципів: такі симптоми є загальними; рецидив зазвичай не виникає, як тільки пацієнт припиняє застосовувати антидепресант або знижує дозу препарату; навіть якщо пацієнт знову починає приймати антидепресант або збільшує його дозу, симптоми відміни можуть зникнути лише через кілька днів.

Якщо пацієнт має легкі симптоми абстиненції при припиненні застосування антидепресантів, необхідно:
- стежити за проявами симптомів;
- запевнити, що такі симптоми є поширеними і зазвичай обмежені в часі;
- порадити звернутися до медпрацівника, який призначив ці ліки (наприклад, до лікаря первинної медичної допомоги або фахівця з психічного здоров'я), якщо симптоми не зменшуються або погіршуються.

За серйозніших симптомів абстиненції слід розглянути відновлення приймання антидепресанту в попередній дозі, а потім спробувати зменшувати дозування повільніше, із меншими скороченням після зникнення симптомів.

Антидепресанти для пацієнтів, схильних до суїциду

У разі призначення антидепресантів пацієнтам із депресією віком 18–25 років або особам, які мають підвищений ризик суїциду, слід:
- оцінити психічний стан і настрій пацієнта перед початком застосування препарату, в ідеалі – особисто (відеозв'язок чи телефонний дзвінок, якщо безпосереднє оцінювання неможливе або небажане);
- пам'ятати про можливу підвищену поширеність суїцидальних думок, самоушкоджень і самогубств на ранніх стадіях лікування антидепресантами та забезпечити наявність стратегії управління ризиками;
- зробити повторний моніторинг через тиждень після початку приймання антидепресантів або збільшення дози з приводу суїцидальних намірів (в ідеалі – особисто або за допомогою відеодзвінка, або телефоном, якщо ці варіанти неможливі або небажані);
- проводити моніторинг так часто, як це необхідно, але не пізніше ніж через 4 тижні після призначення приймання антидепресанту;
- визначати частоту та метод поточного огляду з урахуванням обставин (наприклад, наявність підтримки, постійного житла, нових життєвих подій, як-от тяжка втрата близьких, розрив стосунків, позбавлення роботи), а також будь-яких змін у суїцидальному мисленні або оціненому ризику самогубства.

Призначаючи антидепресанти пацієнтам зі значним ризиком суїциду, особливо треба зважати на токсичність в разі їх передозування. Не слід рутинно розпочинати лікування ТЦА, за винятком лофепраміну, оскільки вони асоціюються з найвищим ризиком за передозування.

Антидепресанти для осіб літнього віку

За призначення антидепресантів пацієнтам літнього віку слід:
- враховувати його загальний фізичний стан, супутні хвороби та можливі взаємодії з будь-якими іншими лікарськими засобами, які він може приймати;
- спостерігати за виникненням побічних ефектів;
- враховувати підвищений ризик падінь і переломів;
- зважати на ризик розвитку гіпонатріємії (особливо в осіб з іншими чинниками ризику розвитку гіпонатріємії, як-от супутнє застосування діуретиків).

Використання літію як аугментації

У пацієнтів із депресією, які приймають літій, необхідно оцінити: масу тіла; функцію нирок; функцію щитоподібної залози; рівень кальцію до початку лікування. Під час лікування необхідно контролювати рівень кальцію принаймні що 6 місяців або частіше, якщо є дані про значні ниркові порушення.

Для жінок репродуктивного віку, якщо вони планують вагітність, слід обговорити ризики та переваги застосування літію, планування зачаття та потребу в додатковому моніторингу. Зокрема, слід контролювати рівні літію в сироватці крові через 12 годин після приймання дози, через тиждень після початку лікування та через тиждень після кожної зміни дози, а потім щотижня, поки рівні не стабілізуються.

Слід коригувати дозу препарату відповідно до рівня літію в сироватці крові до досягнення цільового рівня:
- за стабільної дози контролювати кожні 3 місяці протягом першого року лікування;
- після першого року вимірювати рівень літію в плазмі що 6 місяців або що 3 місяців для осіб, які належать до будь-якої з наведених нижче груп:
  - особи похилого віку;
  - пацієнти, які приймають лікарські засоби, які взаємодіють із літієм;
  - особи, які мають ризик порушення функції нирок або щитоподібної залози, підвищення рівня кальцію або інших ускладнень;
  - пацієнти, які погано контролюють симптоми;
  - особи з недостатньою прихильністю до лікування;
  - пацієнти, у яких останній виміряний рівень літію в плазмі крові становив 0,8 ммоль/л або вище.

Визначення дози літію, враховуючи відповідь та переносимість лікування:
- рівень літію у плазмі крові не має перевищувати 1,0 ммоль/л (терапевтичні рівні для підсилення дії антидепресантів зазвичай становлять або перевищують 0,4 ммоль/л; слід дотримуватися рівнів 0,4–0,6 ммоль/л для літніх осіб віком від 65 років);
- не призначити повторно препарат, поки рівень літію та функція нирок не стабілізуються;
- враховувати загальний фізичний стан людини при розгляді результатів аналізів (наприклад, можливе зневоднення або інфекцію);

- зважати на будь-які зміни в прийманні супутніх лікарських засобів (інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту, блокаторів рецепторів ангіотензину-II, діуретиків і нестероїдних протизапальних засобів [НПЗЗ] або препаратів, що відпускаються без рецепту), які можуть мати вплив на рівень літію, і в разі потреби звернутися за консультацією до фахівця;
- контролювати під час кожного огляду наявність ознак токсичності літію (наприклад, діареї, блювання, сильного тремору, атаксії, сплутаності свідомості та судом);
- звернутися за консультацією до фахівця, якщо є сумніви щодо інтерпретації результатів будь-якого тесту.
- розглянути можливість моніторингу електрокардіограми (ЕКГ) у пацієнтів, які приймають літій і мають високий ризик серцево-судинних захворювань або вже страждають на них.
- надати особам, які приймають літій, інформацію про те, як робити це безпечно, зокрема про стратегії NHS щодо літієвої терапії.
- припинити приймання літію тільки у спеціалізованих психіатричних службах або за їх порадою; у разі відміни літію, за змоги, зменшувати дози поступово протягом 1–3 місяців.

Використання пероральних антипсихотичних засобів як аугментації

Перед застосуванням антипсихотичного засобу перевірте вихідні показники пульсу та артеріального тиску, вагу, стан харчування, рівень фізичної активності, рівень глюкози в крові або вміст HbA1c і ліпідів натщесерце. Як зазначено в інструкціях для застосування лікарських засобів, слід проводити моніторинг стану осіб, які приймають антипсихотичні засоби для лікування депресії. Зокрема, контролювати такі параметри, як:

- загальний аналіз крові, сечовини та електролітів, функціональних печінкових проб та пролактину;
- вагу щотижня протягом перших 6 тижнів, потім через 12 тижнів, рік і щорічно;
- рівень глюкози крові або HbA1c і ліпідів натщесерце через 12 тижнів, рік, а потім щорічно;
- дані ЕКГ (на початковому етапі та при досягненні остаточної дози) для осіб з установленим серцево-судинним захворюванням або специфічним серцево-судинним ризиком (діагноз підвищеного артеріального тиску) та для осіб, які приймають інші лікарські засоби, про які відомо, що вони подовжують серцевий інтервал QT (циталопрам або есциталопрам);
- побічні ефекти, зокрема екстрапірамідні (тремор, паркінсонізм) і небажані явища, пов'язані з пролактином (сексуальні або менструальні порушення), та зменшувати дозу за потреби;
- будь-які лікарські взаємодії, які можуть підвищити рівні деяких антипсихотичних засобів, а також моніторинг і коригування доз, якщо це необхідно;
- показники швидкого або надмірного збільшення ваги або аномального рівня ліпідів чи глюкози в крові.

Автори також наголошують, що для осіб із депресією, які приймають антипсихотичні препарати, за кожного огляду слід аналізувати питання щодо продовження приймання антипсихотичних препаратів, зважаючи на поточні ризики для їхнього фізичного та психічного здоров'я.

Скасовувати антипсихотичні засоби варто тільки у спеціалізованих психіатричних службах або за їх порадою. У разі скасування антипсихотичних засобів необхідно зменшувати дози поступово, щонайменше протягом 4 тижнів та пропорційно до тривалості лікування.

Фізіотерапевтичні процедури та заходи

Застосування світлотерапії

Консультувати осіб із депресією, яка має сезонний характер, які бажають спробувати світлотерапію замість антидепресантів або психологічного лікування, попри те, що докази ефективності світлотерапії є невизначеними.

Діяльність, спрямована на покращення добробуту

Варто обговорити з пацієнтом заняття будь-якою формою фізичної активності (наприклад, ходьба, біг підтюпцем, плавання, танці, садівництво), які можуть сприяти поліпшенню його самопочуття. Їх користь може бути більшою, якщо така активність відбувається на свіжому повітрі.

Також слід акцентувати на тому, що дотримання здорового способу життя (наприклад, здорова дієта, відмова від зловживання алкоголем, достатня кількість сну) може допомогти поліпшити самопочуття пацієнта, який страждає на депресію.

Лікування нового епізоду підпорогових симптомів та легкої форми депресії

Активне спостереження осіб, які не бажають отримувати лікування

Для осіб із легкою формою депресії, які не потребують лікування, або тих, хто відчуває, що її прояви зменшуються:

- обговоріть наявну(ні) проблему(ми) та будь-яку приховану вразливість і чинники ризику, а також будь-які занепокоєння, що можуть виникати;
- переконайтеся, що пацієнт знає, що він може змінити свою думку та поінформований, як звернутися по допомогу;
- надайте інформацію про природу та перебіг депресії;
- організуйте подальше оцінювання стану, як правило, протягом 2–4 тижнів;
- установіть контакт (за потреби з повторними спробами), якщо пацієнт пропускає наступні візити.

Варіанти лікування

Обираючи лікування, обговоріть його варіанти з пацієнтами з новим епізодом менш тяжкої депресії та узгодьте його з їхніми клінічними потребами та вподобаннями:

- для обговорення застосуйте таблицю 1 і рисунок 1;
- методи лікування (табл. 1) можна використовувати як засоби терапії першої лінії, але спочатку розгляньте найменш інвазивні, що потребують якомога менших ресурсів (наприклад, керована самодопомога);
- отримайте спільне рішення у виборі лікування, яке відповідає клінічним потребам пацієнта, зважаючи на його переваги;
- пам'ятайте, що пацієнт має право відмовитися від лікування.

Таблиця 1. Лікування легкої форми депресії з інтерпретацією клінічної й економічної ефективності та врахуванням чинників впливу на впровадження

Лікування	Як здійснюється?	Ключові риси	Що брати до уваги?
Керована самодопомога	• Друковані або цифрові матеріали, які відповідають принципам керованої самодопомоги, зокрема структуровані когнітивно-поведінкову терапію і поведінкову активацію, матеріали для розв'язання проблем або психоосвіти. Їх можна надавати особисто, телефоном або онлайн • Підтримка навченого фахівця, який сприяє самодопомозі, заохочує до отримання повного курсу лікування та оцінює прогрес і результати • Зазвичай містить 6-8 структурованих регулярних сесій	• Зосереджується на тому, як взаємодіють думки, переконання, ставлення, почуття та поведінка; навчає справлятися із життєвими проблемами по-іншому • Цілеспрямований і структурований підхід • Орієнтований на розв'язання поточних питань	• Може стати у пригоді тим, хто не бажає говорити про свою депресію в групі та кому потрібна самомотивація і бажання працювати самостійно (хоча надається регулярна підтримка) • Забезпечує гнучкість підлаштування сесій до інших зобов'язань • Необхідно враховувати доступ до комп'ютера та здатність працювати з відповідною програмою • Менше можливостей для особистої адаптації, ніж за індивідуального психологічного лікування • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків
Групова когнітивно-поведінкова терапія	• Групове втручання, яке проводять два лікарі-практики, принаймні один з яких має спеціальну підготовку та компетенцію з терапії • Зазвичай курс містить вісім регулярних сеансів у групі із 8 учасників • Надається відповідно до поточних інструкцій з лікування	• Зосереджена на тому, як взаємодіють думки, переконання, ставлення, почуття та поведінка; навчає справлятися з життєвими проблемами по-іншому • Цілеспрямований і структурований метод • Орієнтована на вирішення поточних питань	• Може бути корисною для осіб, які здатні розпізнавати негативні думки або некорисні моделі поведінки, які вони хочуть змінити • Робить можливою підтримку інших членів групи, які можуть мати подібний досвід • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків • Пацієнт має бажати виконувати завдання
Групова поведінкова активація	• Групове втручання, яке проводять два лікарі-практики, принаймні один із яких має спеціальну підготовку та компетенцію з терапії • Зазвичай курс містить вісім регулярних сеансів • Зазвичай у групі 8 учасників • Надається відповідно до поточних інструкцій з лікування	• Зосереджується на виявленні зв'язку між діяльністю індивіда та його настроєм. Допомагає розпізнавати моделі та планувати практичні зміни, які зменшують уникання та зосереджуються на поведінці, що пов'язана з поліпшенням настрою • Цілеспрямована і структурована • Орієнтована на розв'язання поточних питань • Не націлена безпосередньо на думки та почуття	• Може бути корисною для осіб, у яких депресія призвела до соціальної самоізоляції, зменшення кількості справ, бездіяльності або зміни обставин чи розпорядку дня • Робить можливою підтримку інших членів групи, які можуть мати подібний досвід • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків. • Пацієнт має бажати виконувати завдання
Індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія	• Індивідуальне втручання, яке виконує лікар-практик зі спеціальною підготовкою та компетенцією щодо терапії • Зазвичай курс містить вісім регулярних сеансів, хоча можуть знадобитися додаткові сеанси для осіб із супутніми проблемами з психічним або фізичним здоров'ям чи складними соціальними потребами або для усунення залишкових симптомів • Надається відповідно до поточних інструкцій з лікування	• Зосереджується на тому, як взаємодіють думки, переконання, ставлення, почуття та поведінка, навчає справлятися з життєвими проблемами по-іншому. • Цілеспрямований і структурований метод • Орієнтована на розв'язання поточних питань	• Може бути корисною для осіб, здатних розпізнавати негативні думки або некорисні моделі поведінки, які вони хочуть змінити • Може стати у пригоді й особам, які не бажають говорити про свою депресію в групі • Немає можливості отримати підтримку інших пацієнтів із подібним досвідом • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків • Пацієнт має бажати виконувати завдання
Індивідуальна поведінкова активація	• Індивідуальне втручання, яке виконує лікар-практик зі спеціальною підготовкою та компетенцією щодо терапії • Зазвичай курс лікування містить вісім регулярних сеансів, хоча можуть знадобитися додаткові сеанси для осіб із супутніми проблемами з психічним або фізичним здоров'ям чи складними соціальними потребами або для усунення залишкових симптомів • Надається відповідно до поточних інструкцій з лікування	• Зосереджується на виявленні зв'язку між діяльністю індивіда та його настроєм. Допомагає розпізнавати моделі та планувати практичні зміни, які зменшують уникання та зосереджуються на поведінці, пов'язаній із покращенням настрою • Цілеспрямований і структурований метод • Орієнтований на розв'язання поточних питань • Не націлений безпосередньо на думки та почуття	• Може бути корисним для осіб, чия депресія призвела до соціальної самоізоляції, зменшення кількості справ, бездіяльності або зміни обставин чи розпорядку дня • Може стати у пригоді тим, хто не бажає говорити про свою депресію в групі • Немає можливості отримати підтримку від інших пацієнтів із подібним досвідом • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків • Пацієнт має бажати виконувати завдання

Продовження таблиці 1

Лікування	Як здійснюється?	Ключові риси	Що брати до уваги?
Групові фізичні вправи	• Групове втручання із застосуванням фізичної активності, яке проводить навчений практик • Використовується програма фізичної активності, спеціально розроблена для осіб із депресією • Зазвичай курс терапії містить більш ніж один сеанс на тиждень протягом 10 тижнів у групі із 8 учасників	• Залучає аеробні вправи середньої інтенсивності • Не націлена безпосередньо на думки та почуття	• Можлива підтримка інших членів групи, які можуть мати подібний досвід. • Може знадобитися адаптація, якщо в особи є проблеми з фізичним здоров'ям, які ускладнюють виконання вправ • Може знадобитися адаптація для врахування психологічних аспектів, наприклад тривоги або сорому, які можуть діяти як перешкоди для залучення • Потребує значного часу • Може також сприяти фізичному здоров'ю • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків
Групова терапія на основі усвідомленості (майндфулнес) і медитація	• Бажано, щоб групове втручання проводили два лікарі-практики, принаймні один із них має спеціальну підготовку та компетентність щодо цієї терапії • Використовується така сама програма, як когнітивна терапія на основі усвідомленості, спеціально розроблена для осіб із депресією • Зазвичай курс терапії містить вісім регулярних сеансів у групі із 8–15 учасників	• Зосереджена на концентрації щодо сьогодення, аналізі думок, почуттів та тілесних відчуттів, а також на дихальних вправах • Передбачає поліпшення усвідомлення та розпізнавання думок і почуттів, а не їх зміну • Не допомагає безпосередньо подолати проблеми зі стосунками, роботою чи інші стресові чинники, які можуть призводити до депресії	• Може бути корисною для осіб, які хочуть сформувати інший погляд на негативні думки, почуття чи тілесні відчуття • Може погано сприйматися особами з надмірно інтенсивними або тривожними думками, або тими, кому важко зосередитися на тілесній сфері • Надає можливість отримати підтримку інших пацієнтів із подібним досвідом • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків • Пацієнт має бажати виконувати завдання, зокрема з використанням записів щодо усвідомленості між сесіями
Міжособистісна психотерапія (ІПТ)	• Індивідуальне втручання, яке виконує лікар-практик зі спеціальною підготовкою та компетенцією щодо терапії • Зазвичай курс терапії містить 8-16 звичайних сеансів, хоча можуть знадобитися додаткові сеанси для осіб із супутніми проблемами з психічним або фізичним здоров'ям чи складними соціальними потребами або для усунення залишкових симптомів • Надається відповідно до поточних інструкцій з лікування	• Основна увага приділяється визначенню того, як взаємостосунки чи обставини пов'язані з почуттям депресії, дослідженню емоцій і зміні міжособистісних реакцій • Застосовується структурований підхід • Метод орієнтований на вирішення поточних питань • Мета терапії полягає в тому, щоб змінити моделі стосунків, а не безпосередньо націлені на пов'язані з ними депресивні думки	• Може бути корисним для осіб із депресією, пов'язаною з міжособистісними труднощами, особливо адаптацією до змін у стосунках, втрати або зміни міжособистісних ролей • Може стати у пригоді тим, хто не бажає говорити про свою депресію в групі • Потрібна готовність вивчати взаємостосунки • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків.
Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну	• Курс антидепресантів • Зазвичай приймають щонайменше протягом 6 місяців (зокрема, після зникнення симптомів)	• Модифікація нейрональної трансмісії у головному мозку	• Мінімальний час, хоча необхідне регулярне оцінювання стану пацієнта (особливо на початку та під час припинення лікування) • Користь має бути відчутною протягом 4 тижнів • Ліки можуть мати побічні ефекти, і деяким особам може бути важко припинити приймання антидепресантів
Консультування	• Індивідуальне втручання, яке виконує лікар-практик зі спеціальною підготовкою та компетенцією щодо терапії • Зазвичай містить вісім регулярних сеансів, хоча можуть знадобитися додаткові сеанси для осіб із супутніми проблемами з психічним або фізичним здоров'ям чи складними соціальними потребами або для усунення залишкових симптомів • Використовується емпірично підтверджений протокол, розроблений спеціально для терапії депресії	• Основна увага приділяється обробленню емоцій та пошуку емоційного сенсу, щоб допомогти пацієнтам відшукати власні рішення та розвинути захисні механізми • Забезпечує емпатичне слухання, сприяє дослідженню та заохоченню емоцій • Спільне використання діяльності, орієнтованої на емоції, для підвищення самосвідомості для допомоги пацієнтам краще зрозуміти себе, свої стосунки та реакцію на інших, але не конкретні поради щодо зміни поведінки	• Може бути корисним для осіб із психосоціальними проблемами, труднощами зі стосунками чи працевлаштуванням, які погіршують перебіг депресії • Може стати у пригоді особам, які не бажають говорити про свою депресію в групі • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків

Закінчення таблиці 1

Лікування	Як здійснюється?	Ключові риси	Що брати до уваги?
Короткочасна психодинамічна психотерапія	• Індивідуальні заняття, які проводить лікар зі спеціальною підготовкою та компетентністю щодо терапії • Зазвичай курс містить 8–16 звичайних сеансів, хоча можуть знадобитися додаткові сеанси для осіб із супутніми проблемами з психічним або фізичним здоров'ям чи складними соціальними потребами або для усунення залишкових симптомів • Використовується емпірично підтверджений протокол, розроблений спеціально для терапії депресії	• Основна увага зосереджена на розпізнаванні складних почуттів у важливих стосунках і стресових ситуаціях, а також на визначенні того, як можуть повторюватися шаблони • Орієнтована на інсайт і зосереджена на афектах • Стосунки між терапевтом і пацієнтом із депресією мають бути у центрі уваги, щоб допомогти в роботі з ключовими поточними конфліктами	• Може бути корисною для осіб, яким емоційні труднощі та порушення розвитку заважають формувати стосунки, що погіршує перебіг депресії • Менш корисна для пацієнтів, які не хочуть зосереджуватися на власних почуттях або не бажають / не відчувають себе готовими обговорювати будь-які близькі та/або сімейні стосунки • Може стати у пригоді особам, які не бажають обговорювати свою депресію в групі • Зосередження уваги на болісному досвіді в стосунках із близькими і/або сім'єю спочатку може зумовити дистрес • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків

Адаптовано за Depression in adults: treatment and management. NICE guideline. Published: 29 June 2022.

Не пропонуйте в плановому порядку антидепресанти як засоби лікування першої лінії для лікування менш тяжкої депресії, якщо це не є перевагою для пацієнта.

Лікування нового епізоду помірної та тяжкої форми депресії

Обговоріть варіанти лікування з пацієнтом, який має новий епізод тяжкої форми депресії, і узгодьте вибір лікування з його клінічними потребами та вподобаннями:

- використовуйте таблицю 2 і рисунок 2, щоб скерувати та обґрунтувати лікування;
- усі підходи в таблиці 2 можна застосовувати як засоби лікування першої лінії;
- досягайте спільного рішення щодо вибору лікування, яке відповідає клінічним потребам з урахуванням переваг пацієнта;
- пацієнт має право відмовитися від лікування.

Поведінкова терапія депресії для пар

Автори рекомендують розглянути цей варіант терапії для пацієнтів із менш або більш тяжкою депресією, які мають проблеми у стосунках зі своїм партнером, якщо:

- проблема (проблеми) зі взаєминами можуть призводити до депресії ***або***
- залучення партнера може допомогти в лікуванні депресії.

Поведінкова терапія для пар щодо осіб із депресією потребує: дотримання поведінкових принципів терапії для пар; проведення 15–20 сеансів протягом 5–6 місяців.

Запобігання рецидиву

Продовження лікування (антидепресантами або психологічна терапія) після повної або часткової ремісії може зменшити ризик рецидиву та допомогти пацієнтам залишатися здоровими.

Зокрема, прийміть спільне рішення з пацієнтом про те, чи продовжувати лікування депресії на підставі клінічних потреб і переваг. Повідомте пацієнтові, що ймовірність рецидиву може бути підвищена, якщо перебіг депресії має такі особливості:

- повторні епізоди депресії в анамнезі, особливо, якщо вони траплялися часто або протягом останніх 2 років;
- в історії хвороби є неповна відповідь на попереднє лікування, зокрема залишкові симптоми;
- стилі подолання (наприклад, уникання та роздумування) не були корисними;
- тяжка депресія в анамнезі (зокрема, в осіб із серйозними функціональними порушеннями);
- інші хронічні проблеми з фізичним чи психічним здоров'ям;
- особисті, соціальні та екологічні чинники, які призвели до депресії та які все ще наявні (наприклад, проблеми у стосунках, постійний стрес, бідність, ізоляція, безробіття).

Проаналізуйте з пацієнтом потенційні ризики тривалого застосування антидепресантів і те, як вони збалансовані з ризиками рецидиву депресії. До них належать можливі побічні ефекти, як-от підвищений ризик кровотечі або довгостроковий вплив на статеву функцію, а також труднощі з припиненням приймання антидепресантів.

Якщо пацієнт вирішив не продовжувати приймання антидепресантів для запобігання рецидиву, порадьте йому, як припинити застосування антидепресантів чи якомога швидше звернутися по допомогу, якщо симптоми депресії повертаються або залишкові симптоми погіршаться.

Для пацієнтів, які досягли ремісії завдяки лікуванню лише антидепресантами, але які, за оцінками, мають вищий ризик рецидиву, варто подумати про:

- продовження застосування антидепресантів для запобігання рецидиву в дозі, яка сприяла б повній або частковій ремісії, якщо немає вагомих причин для її зменшення (наприклад, побічні ефекти) ***або***
- курс психологічної терапії (групова когнітивно-поведінкова терапія [КПТ] або когнітивна терапія на основі усвідомленості) для тих, хто не бажає продовжувати приймання антидепресантів ***або***

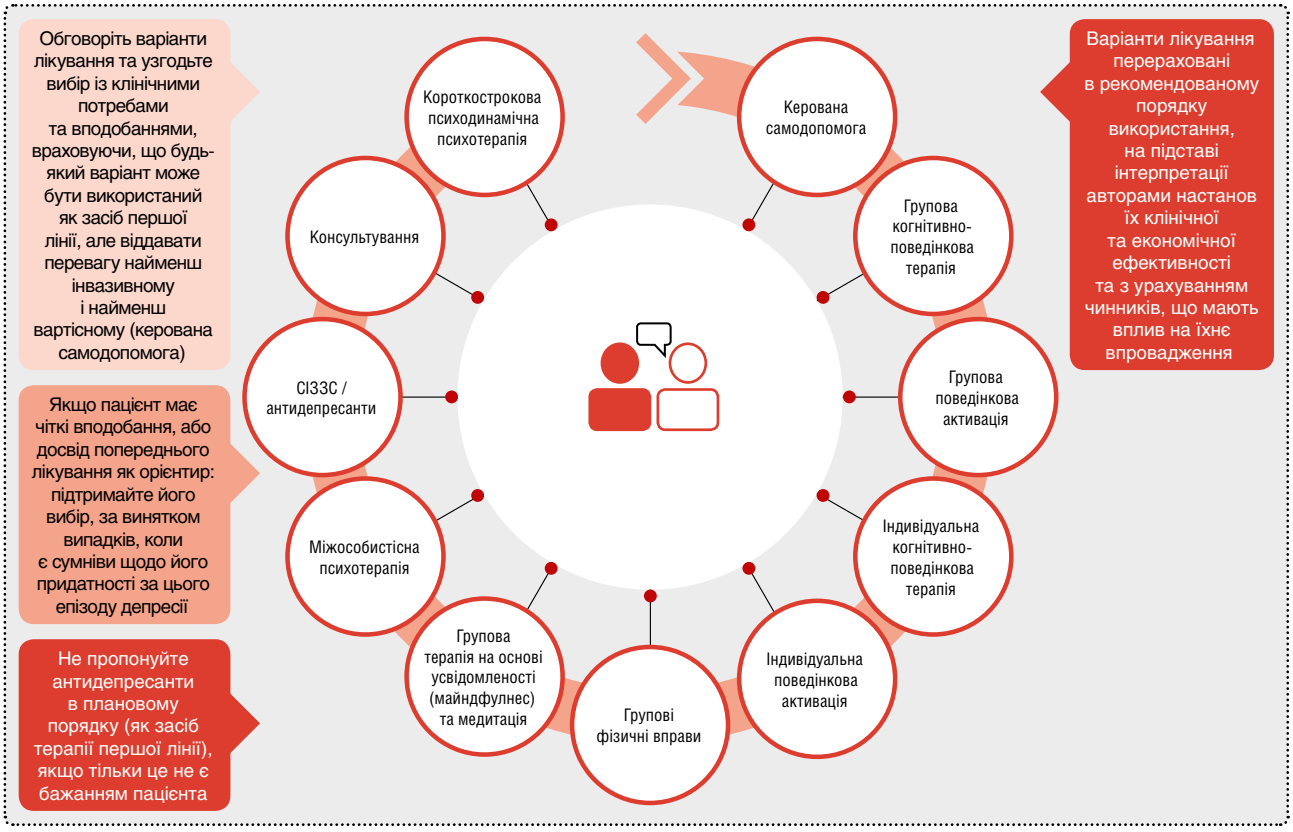

Рисунок 1. Лікування засобами першої лінії дорослих пацієнтів із менш тяжкою депресією

Адаптовано за Depression in adults: treatment and management. *NICE guideline*. Published: 29 June 2022.

- продовження застосування антидепресантів і курс психологічної терапії (групова КПТ або когнітивна терапія на основі усвідомленості).

Для пацієнта, який розпочинає групову КПТ або когнітивну терапію на основі усвідомленості для запобігання рецидивам, запропонуйте курс терапії з явним фокусом на розвитку навичок запобігання рецидивам. Тож зазвичай це має бути 8 сеансів протягом 2–3 місяців із можливістю проведення додаткових сеансів протягом наступних 12 місяців.

Компоненти профілактики рецидивів психологічного втручання:

- перегляд уроків та ідей, засвоєних під час терапії, і того з них, що було корисним;
- складання конкретних планів для підтримки прогресу після закінчення терапії, зокрема щодо консолідації будь-яких змін, які сприяють здоров'ю, та продовження практики корисних стратегій;
- виявлення стресових обставин, провокаційних подій, попереджувальних ознак (як-от занепокоєння чи поганий сон) або небажаної поведінки (як-от уникання чи надмірне обдумування), які передували погіршенню проявів депресії та особистому чи соціальному функціонуванню, а також складання детальних планів дій у разі повторення кожної з них;
- складання планів щодо будь-яких очікуваних складних подій протягом наступних 12 місяців, зокрема життєві зміни та річниці тяжких подій.

Обговоріть із пацієнтом, який досяг ремісії депресії лише за допомогою психологічної терапії, але який, за оцінками, має вищий ризик рецидиву, чи бажає він продовжувати психологічну терапію для запобігання рецидиву. Прийміть спільне рішення щодо подальшого лікування.

Із пацієнтом, який досяг ремісії депресії під впливом комбінації антидепресантів і психологічної терапії, але, за оцінками, має вищий ризик рецидиву, обговоріть,чи бажає він продовжувати отримувати один або обидва види лікування. Прийміть спільне рішення щодо подальшого лікування.

Пацієнту, який бажає продовжувати психологічну терапію для запобігання рецидивам (одну або в поєднанні з антидепресантом), продовжуйте надавати таку терапію, адаптовану для запобігання рецидивам. Вона має містити ще принаймні 4 сеанси з фокусуванням на запобіганні рецидивам і моментах, необхідних для збереження стану здоров'я. Переглядайте схему лікування для пацієнта, який продовжує приймати антидепресанти з метою запобігання рецидиву, принаймні що 6 місяців.

За кожного огляду, як зазначають автори настанов, слідкуйте за його настроєм за допомогою перевіреної рейтингової шкали; відстежуйте будь-які побічні ефекти; перевіряйте будь-які медичні, особисті, соціальні чи екологічні чинники, які можуть мати вплив на ризик рецидиву, і заохочуйте його звертатися по допомогу до інших установ; обговорюйте, чи бажає пацієнт продовжити лікування, та консультувати у відповідний спосіб за припинення застосування антидепресантів.

Крім того, слід переоцінити ризики рецидиву для пацієнта, який отримував психологічну терапію, для

Таблиця 2. Лікування більш тяжкої депресії з інтерпретацією клінічної та економічної ефективності та врахуванням чинників впливу на впровадження

Лікування	Як здійснюється?	Ключові риси	Що брати до уваги?
Поєднання індивідуальної КПТ і лікування антидепресантом	• Комбінація індивідуальної КПТ і курсу терапії антидепресантами (деталі нижче)	• Поєднує переваги регулярних сеансів КПТ із терапевтом і фармакотерапію	• Сеанси з терапевтом забезпечують негайну підтримку, тоді як потрібен час, щоб препарат почав діяти; можна розпочати фармакотерапію негайно, а потім додати КПТ якнайшвидше після цього, щоб отримати комбінований ефект • Ліки можуть мати побічні ефекти, і деяким пацієнтам може бути тяжко припинити застосування антидепресантів
Індивідуальна КПТ	• Індивідуальне втручання, яке виконує лікар-практик зі спеціальною підготовкою та компетенцією щодо терапії • Зазвичай курс лікування містить 16 регулярних сеансів, хоча можуть знадобитися додаткові сеанси для осіб із супутніми проблемами з психічним чи фізичним здоров'ям або складними соціальними потребами, або для усунення залишкових симптомів • Надається відповідно до поточних інструкцій з лікування	• Сфокусована на тому, як взаємодіють думки, переконання, ставлення, почуття та поведінка, і навчає справлятися з проблемами в житті по-іншому • Цілеспрямована та структурована • Орієнтована на вирішення поточних питань	• Може бути корисною для осіб, здатних розпізнавати негативні думки або некорисні моделі поведінки, які вони хочуть змінити • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків • Пацієнт має бажати виконувати завдання
Індивідуальна поведінкова активація	• Індивідуальне втручання, яке виконує лікар-практик зі спеціальною підготовкою та компетенцією щодо терапії • Зазвичай курс містить 12–16 звичайних сеансів, хоча можуть знадобитися додаткові сеанси для осіб із супутніми проблемами з психічним або фізичним здоров'ям чи складними соціальними потребами, або для усунення залишкових симптомів • Надається відповідно до поточних інструкцій з лікування	• Зосереджена на виявленні зв'язку між діяльністю індивіда та його настроєм Допомагає розпізнавати моделі та планувати практичні зміни, які зменшують уникання та фокусуються на поведінці, яка пов'язана з поліпшенням настрою • Цілеспрямована і структурована • Орієнтована на вирішення поточних питань • Не націлена безпосередньо на думки та почуття	• Може бути корисною для осіб, чия депресія призвела до соціальної самоізоляції, зменшення кількості справ, бездіяльності або зміни обставин чи розпорядку дня • Може стати у пригоді особам, які не бажають говорити про свою депресію в групі • Не має можливості отримати підтримку інших пацієнтів із подібним досвідом • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків • Пацієнт має бажати виконувати завдання
Антидепресанти	• Зазвичай антидепресанти застосовують щонайменше протягом 6 місяців (і ще певного часу після зникнення симптомів) • Це може бути СІЗЗС, СІЗЗСН або інший антидепресант, якщо він рекомендований на підставі попередньої клінічної картини та історії лікування	• СІЗЗС, як правило, добре переносяться, мають хороший профіль безпеки і їх слід розглядати як засіб першої лінії для більшості пацієнтів • ТЦА небезпечні за передозування, хоча лофепрамін має найкращий профіль безпеки	• Вибір лікування залежатиме від уподобань щодо специфічних ефектів ліків, як-от седація, супутніх захворювань або медикаментів, ризику самогубства та попередньої реакції на антидепресанти • Мінімальні витрати часу, хоча необхідні регулярні огляди (особливо на початку та за припинення лікування) • Переваги мають бути відчутними протягом 4 тижнів • Ліки можуть мати побічні ефекти, і деяким особам може бути тяжко припинити застосування антидепресантів
Індивідуальне розв'язання проблем	• Індивідуальні заняття, які проводить лікар зі спеціальною підготовкою та компетентністю щодо терапії • Зазвичай курс містить 6–12 регулярних сеансів • Надається відповідно до поточних інструкцій із лікування	• Базується на виявленні проблем, створенні альтернативних рішень, виборі найкращого варіанта, розробленні плану та оцінюванні того, чи допоміг він розв'язати проблему • Цілеспрямоване та структуроване • Орієнтоване на вирішення поточних питань	• Може бути корисним для тих, хто хоче подолати поточні труднощі та поліпшити майбутній досвід • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків • Пацієнт має бажати виконувати завдання

Продовження таблиці 2

Лікування	Як здійснюється?	Ключові риси	Що брати до уваги?
Консультування	• Індивідуальні заняття, які проводить лікар зі спеціальною підготовкою та компетентністю щодо терапії • Зазвичай курс містить 12–16 звичайних сеансів, хоча можуть знадобитися додаткові сеанси для пацієнтів із супутніми проблемами з психічним чи фізичним здоров'ям або складними соціальними потребами, або для усунення залишкових симптомів • Використовується емпірично підтверджений протокол, розроблений спеціально для терапії депресії	• Основна увага приділяється емоційному обробленні та пошуку емоційного сенсу, щоб допомогти пацієнту знайти власні рішення та розвинути механізми подолання проблем • Забезпечує емпатійне слухання, сприяє емоційному дослідженню та заохоченню • Спільне використання діяльності, орієнтованої на емоції, для підвищення самосвідомості, щоб допомогти пацієнту краще зрозуміти себе, власні стосунки та реакцію на інші, але не конкретні поради щодо зміни поведінки	• Може бути корисним для осіб із психосоціальними проблемами, труднощами зі стосунками чи працевлаштуванням, які погіршують перебіг депресії • Може стати у пригоді особам, які не бажають говорити про свою депресію в групі • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків
Короткочасна психодинамічна психотерапія	• Індивідуальні заняття, які проводить лікар, який зі спеціальною підготовкою та компетентністю щодо терапії • Зазвичай курс містить 16 регулярних сеансів, хоча можуть знадобитися додаткові сеанси для осіб із супутніми проблемами з психічним чи фізичним здоров'ям або складними соціальними потребами, або для усунення залишкових симптомів • Використовується емпірично підтверджений протокол, розроблений спеціально для терапії депресії	• Основна увага зосереджена на розпізнаванні складних почуттів у важливих стосунках і стресових ситуаціях, а також на визначенні того, як шаблони можуть повторюватися • Орієнтована на інсайт і зосереджена на афектах • Стосунки між терапевтом і особою з депресією перебувають у центрі уваги, щоб допомогти в роботі з ключовими поточними конфліктами	• Може бути корисною для осіб, яким емоційні труднощі та порушення розвитку заважають формувати стосунки, що погіршує перебіг депресії • Може бути менш придатною для осіб, які не хочуть зосереджуватися на власних почуттях або не відчувають себе готовими обговорювати будь-які стосунки з близькими та/або сім'єю • Може стати у пригоді тим, хто не бажає говорити про свою депресію в групі • Зосередження уваги на болісному досвіді в близьких і/або сімейних стосунках на початку терапії може бути неприємним • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків
Міжособистісна психотерапія	• Індивідуальні заняття, які проводить лікар зі спеціальною підготовкою та компетентністю щодо терапії • Зазвичай курс містить 16 регулярних сеансів, хоча можуть знадобитися додаткові сеанси для пацієнтів із супутніми проблемами з психічним чи фізичним здоров'ям або складними соціальними потребами, або для усунення залишкових симптомів • Надається відповідно до поточних інструкцій із лікування	• Основна увага приділяється визначенню того, як взаємостосунки чи обставини пов'язані зі станом депресії, дослідженню емоцій і зміні міжособистісних реакцій • Структурний підхід • Орієнтується на вирішенні поточних питань • Мета полягає в тому, щоб змінити моделі стосунків, а не безпосередньо націлюватися на пов'язані з ними депресивні думки	• Може бути корисним для осіб з депресією, пов'язаною з труднощами в міжособистісних стосунках, особливо з адаптацією до змін у стосунках, втрати або зміни міжособистісних ролей • Може стати у пригоді тим, хто не бажає говорити про свою депресію в групі • Має бути готовність до аналізу взаємостосунків • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків
Керована самодопомога	• Друковані або цифрові матеріали, які відповідають принципам керованої самодопомоги, зокрема структуровані КПТ і поведінкову активацію, матеріали для розв'язання проблем або психоосвіти. Їх можна надавати особисто, телефоном або онлайн • Підтримка навченого фахівця, який сприяє самодопомозі, заохочує до отримання повного курсу лікування та оцінює прогрес і результати • Зазвичай містить 6–8 структурованих регулярних сесій	• Зосереджується на тому, як взаємодіють думки, переконання, ставлення, почуття та поведінка; навчає справлятися із життєвими проблемами по-іншому • Цілеспрямований і структурований підхід • Орієнтована на розв'язання поточних питань	• За більш тяжкої депресії спочатку ретельно розгляньте потенційні переваги надання інших варіантів лікування з більшою кількістю контактів із терапевтом • Потрібна самомотивація та бажання працювати самостійно (хоча надається регулярна підтримка) • Забезпечує гнучкість підлаштування сесій до інших зобов'язань • Слід враховувати доступ до комп'ютера та здатність працювати з відповідною програмою • Менше можливостей для особистої адаптації, ніж за індивідуального психологічного лікування • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків

Закінчення таблиці 1

Лікування	Як здійснюється?	Ключові риси	Що брати до уваги?
Групові фізичні вправи	• Групове втручання із застосуванням фізичної активності, яке проводить навчений практик • Використовується програма фізичної активності, спеціально розроблена для осіб із депресією • Зазвичай курс терапії містить більш ніж один сеанс на тиждень протягом 10 тижнів у групі із 8 учасників	• Залучають аеробні вправи середньої інтенсивності • Не націлені безпосередньо на думки та почуття	• За більш тяжкої депресії спочатку ретельно розгляньте потенційні переваги надання інших варіантів лікування з більшою кількістю контактів із терапевтом • Можлива підтримка членів групи, які можуть мати подібний досвід • Може знадобитися адаптація для врахування психологічних аспектів, наприклад тривоги або сорому, які можуть діяти як перешкоди для залучення • Потребує значного часу • Може також допомогти фізичному здоров'ю • Допомагає уникати можливих побічних ефектів ліків

Примітки: КПТ – когнітивно-поведінкова терапія; СІЗЗС – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; СІЗЗСН – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну; ТЦА – трициклічні антидепресанти.

Адаптовано за Depression in adults: treatment and management. *NICE guideline*. Published: 29 June 2022.

запобігання повторної появи симптомів захворювання після закінчення профілактичного лікування та ретельно проаналізувати потребу в будь-якому подальшому спостереженні.

Подальше лікування

Якщо пацієнт із депресією не відповідає на терапію після 4 тижнів застосування антидепресантів в адекватній терапевтичній дозі або після 4–6 тижнів психологічного лікування, або після комбінованої (медикаментозної та психологічної) терапії, обговоріть із ним: чи є будь-які особисті, соціальні фактори або чинники оточення, фізичні чи інші психічні захворювання, якими можна пояснити неефективність лікування; чи були в нього проблеми з дотриманням плану лікування (наприклад, припинення застосування ліків або зменшення дозування через побічні ефекти або пропуск сеансів із терапевтом).

Якщо є щось із цього переліку, варто прийняти спільно з пацієнтом рішення щодо найкращого способу розв'язання будь-яких зазначених проблем, зокрема, щодо того, як цьому може допомогти залучення інших закладів (рис. 3).

За браком відповіді на лікування після розв'язання всіх зазначених проблем і надання достатнього часу для того, щоб зміни в лікуванні спрацювали, перегляньте діагноз і обміркуйте ймовірність альтернативних або супутніх захворювань, які можуть обмежувати відповідь на лікування депресії.

Необхідно запевнити пацієнта, що хоча лікування не спрацювало, можна спробувати інші методи терапії, які можуть бути дієвими.

Якщо лише психологічна терапія депресії була неефективною або мала обмежену відповідь, а очевидну причину захворювання не вдалося знайти й усунути, необхідно обговорити з пацієнтом подальші варіанти лікування (зокрема, інші методи, які він вважав корисними в минулому) і дійти спільного рішення про те, як діяти, зважаючи на клінічні потреби і переваги.

Можливі опції:

- перехід на альтернативне психологічне лікування;
- додавання СІЗЗС до психологічної терапії;
- перехід тільки на СІЗЗС.

Якщо лише терапія антидепресантами була неефективною або мала лише обмежену відповідь, а очевидну причину захворювання не вдалося знайти й усунути, необхідно обговорити з пацієнтом подальші варіанти лікування та дійти спільного рішення щодо подальших дій на підставі клінічних потреб та вподобань.

Серед таких можливих опцій:

- додавання групових фізичних вправ;
- переведення на психологічну терапію;
- продовження терапії антидепресантами за допомогою збільшення дози або зміни препарату, наприклад, через:
  - збільшення дози поточного препарату (у межах дозволеного діапазону доз), якщо препарат добре переноситься; пам'ятайте, що вищі дози антидепресантів можуть бути не ефективними, а призводити до збільшення частоти й тяжкості побічних реакцій; забезпечте подальше спостереження та частий моніторинг симптомів і небажаних явищ після збільшення дози;
  - переведення на інший препарат того самого класу (наприклад, інший СІЗЗС);
  - переведення на засіб іншого класу (наприклад, СІЗЗС, СІЗЗСН або (у закладах вторинної медичної допомоги) на трициклічні антидепресанти [ТЦА] або інгібітори моноамінооксидази [ІМАО]); пам'ятайте, що:
  - зміна препарату може означати необхідність перехресного зменшення дозувань;
  - перехід на ІМАО або з нього, або з одного ІМАО на інший, має відбуватися у закладі вторинної медичної допомоги або за рекомендацією фахівця такого закладу;
  - ТЦА небезпечні при передозуванні, хоча лофепрамін має найкращий профіль безпеки;

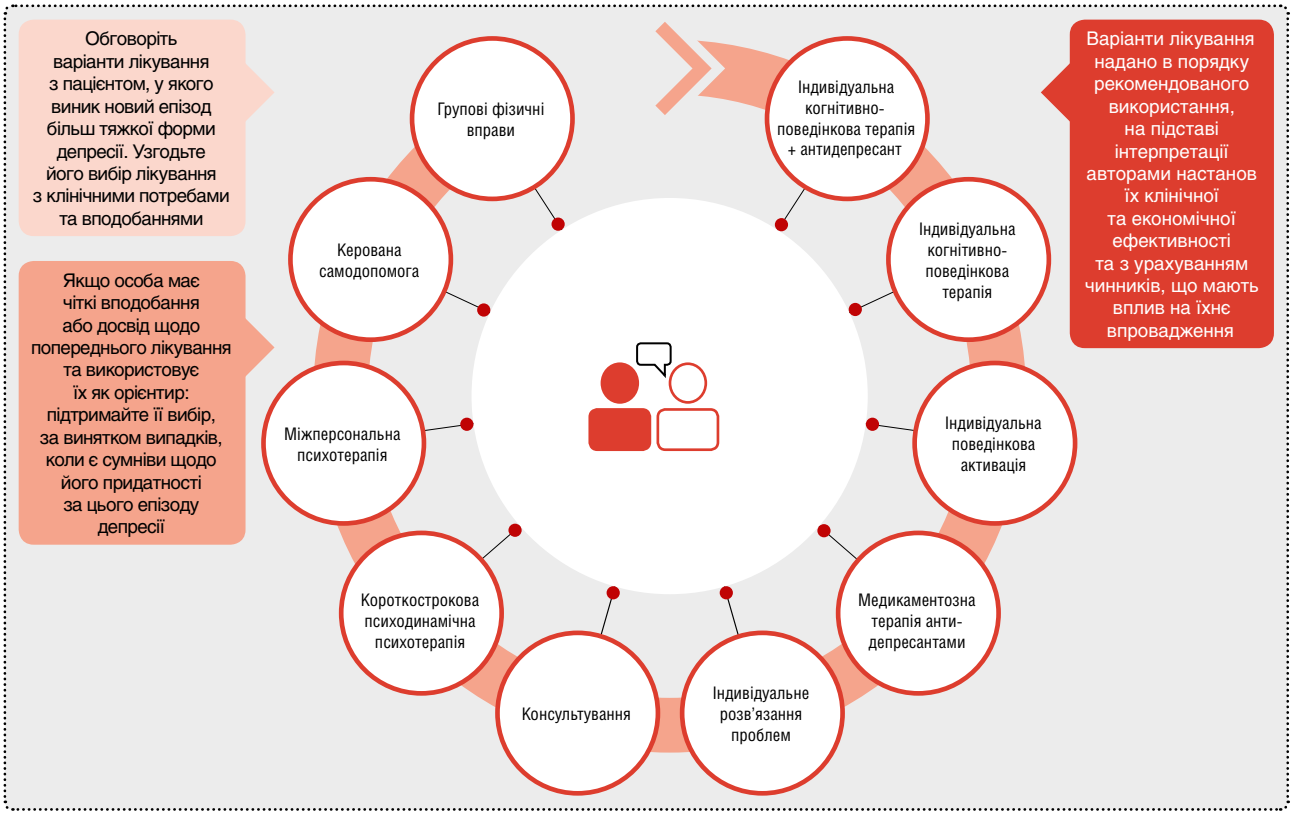

Рисунок 2. Лікування засобами першої лінії дорослих пацієнтів із більш тяжкою депресією

Адаптовано за Depression in adults: treatment and management. *NICE guideline*. Published: 29 June 2022.

- переведення на поєднання психологічної терапії (наприклад, КПТ, міжособистісну психотерапію або короткочасну психодинамічну психотерапію) і медикаментозне лікування.

Обміркуйте, чи можуть деякі із цих рішень і методів лікування потребувати залучення інших служб (наприклад, спеціалізованих служб психічного здоров'я для отримання рекомендацій щодо заміни антидепресантів).

Якщо лікування депресії за допомогою комбінації антидепресантів і психологічної терапії не мало ефекту або відповідь була обмеженою, обговоріть із пацієнтом подальші варіанти лікування та прийміть спільне рішення про те, як діяти надалі, зважаючи на клінічні потреби і переваги.

Можливі опції:

- переведення на іншу психологічну терапію;
- збільшення дози або перехід на інший антидепресант;
- додавання іншого препарату.

Розгляньте призначення вортіоксетину лише тоді, коли не було відповіді (або вона була обмеженою) на щонайменше два попередні курси терапії антидепресантами.

У разі, якщо пацієнт із депресією не реагує на терапію антидепресантами або має обмежену реакцію, не бажає пробувати психологічну терапію, а натомість хоче спробувати комбінацію ліків, поясніть можливе збільшення тягаря побічних ефектів.

Якщо він бажає спробувати комбіноване лікування та погоджується з можливістю збільшення тягаря побічних ефектів, розгляньте можливість скерування його до спеціалізованого психіатричного закладу або консультації зі спеціалістом.

Варіанти лікування:

- додавання додаткового антидепресанту іншого класу (наприклад, додавання міртазапіну або тразодону до СІЗЗС);
- поєднання антидепресантів з антипсихотиками другого покоління (як-от арипіпразол, оланзапін, кветіапін або рисперидон) або літієм;
- доповнення антидепресантів електросудомною терапією, ламотриджином або трийодтироніном (ліотироніном).

Деякі комбінації класів антидепресантів є потенційно небезпечними і їх слід уникати (наприклад, СІЗЗС, ІЗЗСН або ТЦА з ІМАО), і що використання антипсихотичних препаратів пацієнтами з депресію потребує ретельного контролю таких симптомів, як втрата інтересу та мотивації.

У червні 2022 року було дозволено використовувати деякі антипсихотики, як-от ламотриджин і трийодтиронін (ліотиронін) поза затвердженими показаннями.

Симптоми хронічної депресії

Пацієнти із симптомами хронічної депресії, ймовірно, раніше не зверталися по допомогу для лікування депресії та можуть взагалі не знати, що в них це захворювання. Обговорення їхнього настрою та ознак хвороби, ініційоване лікарем, може допомогти їм отримати доступ до лікування та послуг.

Підходи до лікування хронічної депресії наведено на рисунку 4.

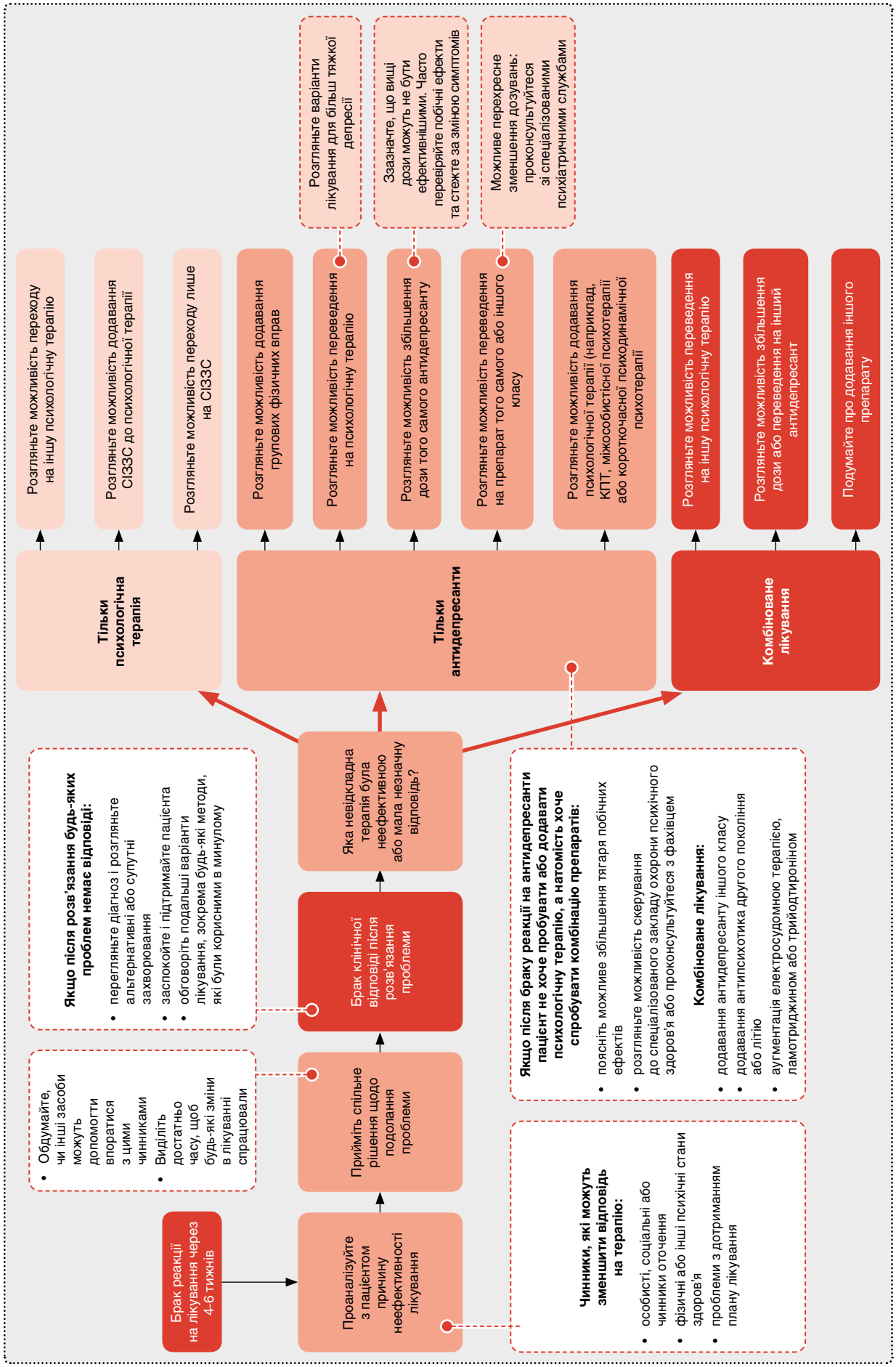

Рисунок 3. Подальше лікування дорослих пацієнтів із депресією

Адаптовано за Depression in adults: treatment and management. NICE guideline. Published: 29 June 2022.

Рисунок 4. Лікування дорослих пацієнтів із хронічною та психотичною депресіями, а також депресією з розладом особистості

Адаптовано за Depression in adults: treatment and management. *NICE guideline*. Published: 29 June 2022.

Для пацієнтів із симптомами хронічної депресії, які значно погіршують особисте та соціальне функціонування, якщо вони раніше не отримували лікування депресії, варіантами терапії є:

- КПТ ***або***
- СІЗЗС ***або***
- СІЗЗСН ***або***
- ТЦА (пам'ятайте, що ТЦА небезпечні в разі передозування, хоча лофепрамін має найкращий профіль безпеки) ***або***
- комбіновану терапію (КПТ та СІЗЗС або ТЦА).

Запропонуйте пацієнтам із симптомами хронічної депресії КПТ, яка:

- фокусується на симптомах хронічної депресії;
- враховує наявність супутніх процесів, як-от уникання, надмірне обмірковування та міжособистісні труднощі.

Якщо особа з хронічними симптомами депресії, які значно погіршують особисте та соціальне функціонування, не переносить певний СІЗЗС, розгляньте можливість лікування альтернативним СІЗЗС.

У разі, якщо пацієнти із симптомами хронічної депресії, які значно погіршують особистісне та соціальне функціонування, не відповіли на терапію СІЗЗС або СІЗЗСН, розгляньте можливість альтернативного лікування в умовах спеціалізованого закладу або після консультації з фахівцем.

Пам'ятайте, що зміна препарату може означати потребу в адекватному періоді виведення, особливо при переведенні з/на необоротні ІМАО або моклобемід.

Альтернативні варіанти:

- ТЦА;
- моклобемід;
- необоротні ІМАО, як-от фенлезин;
- амісульприд у низьких дозах (максимальна доза 50 мг/добу, оскільки вищі дозування можуть погіршити прояви депресії та призвести до таких побічних ефектів, як гіперпролактинемія та подовження інтервалу QT).

У червні 2022 року було дозволено використання амісульприду поза затвердженими показаннями.

Розгляньте для осіб із симптомами хронічної депресії, які суттєво погіршують особистісне та соціальне функціонування, застосування додаткової соціальної чи професійної підтримки:

- налагодження дружніх стосунків у поєднанні з антидепресантами або психологічною терапією; це мають робити навчені волонтери, як правило, із контактом принаймні щотижня впродовж 2–6 місяців;
- програму реабілітації, якщо депресія призвела до втрати роботи або відходу від соціальної діяльності в довгостроковій перспективі.

Пацієнтам, які не реагують на лікування симптомів хронічної депресії або мають обмежену відповідь, слід запропонувати скерування до спеціалізованих служб психічного здоров'я для отримання консультації та подальшого лікування.

Якщо особа із симптомами хронічної депресії, яка не відповіла на терапію, рекомендовану в розділах про подальше лікування та симптоми хронічної депресії, і при цьому тривалий час приймає антидепресанти, необхідно:

- переглянути переваги лікування разом із пацієнтом;
- подумати про припинення застосування ліків; обговорити разом можливі причини браку відповіді та те, які інші методи лікування та підтримка (зокрема, від інших закладів) можуть бути корисними.

Депресія в осіб із розладом особистості

Не слід відмовлятися від лікування депресії через супутній розлад особистості. Схема лікування є такою самою, як на рисунку 3.

Для осіб із депресією та розладом особистості варто розглянути комбінацію антидепресантів і психологічного

лікування (поведінкову активацію, КПТ, міжособистісну психотерапію або короткочасну психодинамічну психотерапію). Щоб допомогти зробити вибір між цими психологічними методами лікування, перегляньте інформацію щодо них у таблицях 1 і 2. За призначення антидепресантів у поєднанні з психологічним лікуванням особам із депресією та розладом особистості:

- надайте підтримку та заохочуйте до продовження лікування;
- забезпечте надання лікування в структурованому мультидисциплінарному середовищі;
- використовуйте валідований спосіб проспективного моніторингу настрою або контрольний перелік симптомів чи таблицю для оцінювання відповіді чи будь-якого загострення емоційної нестабільності;
- у разі потреби продовжуйте курс лікування до року.

Для таких пацієнтів варто розглянути можливість залучення до участі в спеціалізованій програмі лікування розладу особистості.

Психотична депресія

Запропонуйте пацієнту скерування до спеціалізованих служб психічного здоров'я для осіб із депресією з психотичними симптомами, де лікування охоплює:

- оцінювання ризику;
- вивчення потреб;
- програму скоординованої мультидисциплінарної допомоги;
- доступ до психологічного лікування після зменшення гострих психотичних симптомів.

Обговоріть варіанти лікування та для тих, хто має відповідні можливості, прийміть спільне рішення, зважаючи на їхні клінічні потреби і переваги (рис. 3).

Розгляньте застосування комбінованого лікування для осіб із депресією з психотичними симптомами за допомогою антидепресантів і антипсихотичних препаратів (наприклад, оланзапіну або кветіапіну).

Якщо пацієнт не бажає приймати антипсихотичні ліки на додаток до антидепресантів, призначте лише антидепресанти.

Спостерігайте за особами з депресією з психотичними симптомами щодо відповіді на лікування (зокрема, щодо незвичайного змісту думок і галюцинацій).

Розгляньте можливість продовження приймання антипсихотичних препаратів для цих пацієнтів протягом кількох місяців після ремісії, якщо вони добре переносяться. Власне, рішення про те, чи слід і коли саме варто припинити застосування антипсихотичних препаратів, має приймати спеціалізована служба або після консультації з нею.

Електросудомна терапія депресії

Для лікування тяжкої депресії розгляньте застосування електросудомної терапії (ЕСТ), якщо:

- особа обирає ЕСТ, віддаючи їй перевагу перед іншими методами лікування на підставі свого минулого досвіду щодо її ефективності ***або***
- потрібен швидкий ефект (наприклад, якщо депресія загрожує життю, оскільки пацієнт не їсть і не п'є) ***або***
- інші види лікування були невдалими.

Переконайтеся, що пацієнт із депресією, якому збираються проводити ЕСТ, повністю поінформований про ризики та переваги, зокрема:

- ризики, пов'язані із загальним наркозом;
- будь-які супутні захворювання;
- можливі побічні ефекти (зокрема наприклад, когнітивні порушення);
- можливий підвищений ризик, пов'язаний із лікуванням ЕСТ для осіб старшого віку;
- ризики, пов'язані з відсутністю ЕСТ.

Задокументуйте результати оцінювання та обговорення. Проаналізуйте використання ЕСТ як варіант лікування з пацієнтом і досягніть спільного рішення щодо її використання, зважаючи на клінічні потреби і переваги, якщо він здатний дати згоду.

Врахуйте дієздатність пацієнта та переконайтеся, що:

- інформовану згоду надано без тиску чи примусу з боку обставин або клінічного закладу;
- пацієнт знає про своє право змінити власну думку та відкликати згоду в будь-який час;
- є суворе дотримання загальновизнаних вказівок щодо згоди, а адвокати або опікуни залучені для сприяння інформованим обговоренням.

Якщо пацієнт із депресією не може дати інформовану згоду, проводити ЕСТ, як зазначають автори, можливо лише в тому разі, якщо це не суперечить чинному попередньому рішенню про лікування, яке було раніше узгоджене з ним.

Для пацієнтів із депресією, які раніше погано реагували на ЕСТ, розгляньте повторне пробне її застосування лише після:

- перевірки адекватності попереднього курсу лікування;
- розгляду всіх інших варіантів;
- обговорення ризиків і переваг з особою або, якщо доцільно, з її адвокатом чи опікуном.

Застосовувати ЕСТ можуть медичні заклади, які:

- мають відповідну акредитацію;
- використовують процедуру ЕСТ згідно з відповідними стандартами;
- за потреби надають дані, зокрема результати щодо кожного курсу невідкладної та підтримувальної ЕСТ.

Необхідно припинити курс ЕСТ для пацієнта з депресією:

- негайно, якщо побічні ефекти переважають потенційну користь ***або***
- за досягнення стійкої ремісії.

У разі отримання відповіді на курс ЕСТ слід:

- розпочати (або продовжити) застосування антидепресантів або психологічне втручання, щоб запобігти рецидиву та забезпечити постійне спостереження пацієнта з депресією;
- розглянути можливість аугментації терапії антидепресантами, літієм.

Підготував ***Денис Соколовський***

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.nice.org.uk