

ПРОБЛЕМЫ ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Том 65 • №1 • 2019

Основан в 1955 г.

научно-практический рецензируемый журнал



Приложение 1

**XV Всероссийская конференция
детских эндокринологов
«Оптимизация диагностики, лечения
и медико-социальной реабилитации
в детской эндокринологии»**

Сборник докладов и статей

АКТУАЛЬНОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

А.В. Карпушкина¹, С.В. Прохорова²,
Д.А. Невзорова³, В.А. Петеркова⁴

¹Фонд поддержки и развития филантропии «КАФ»;

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава
России (Сеченовский университет), Москва, Россия;

³Фонд поддержки и развития филантропии «КАФ»;

⁴ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
эндокринологии» Минздрава России, Москва, Россия;

У пациентов с соматическими заболеваниями, такими как ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, рак, значительно чаще, чем в популяции, регистрируются нарушения настроения, с которыми пациент не в состоянии справиться самостоятельно. Нарушение настроения и депрессия снижают приверженность к выполнению медицинских рекомендаций и ухудшают результаты лечения. Депрессия негативно влияет на качество жизни и несет прямую угрозу здоровью и жизни пациентов. Нередко медицинские работники недооценивают психологическое состояние пациента. Необходимо повысить информированность врачей различных специальностей о важности своевременной диагностики депрессии у пациентов с использованием валидизированных опросников. Эффективная психологическая и психиатрическая помощь будут способствовать улучшению качества жизни пациентов и повышению результатов лечения тяжелой соматической патологии. Необходимы командный подход и доступность специализированной медицинской помощи в учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную медико-профилактическую помощь.

Распространенность депрессии при соматических заболеваниях и ее последствия

Систематические обзоры показывают, что выраженные нарушения настроения — депрессия, тревога и панические атаки у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями встречаются значительно чаще, чем в общей популяции. Депрессия диагностируется более чем у половины пациентов с нарушением мозгового кровообращения, каждого второго пациента с тяжелыми заболеваниями сердца и сахарным диабетом, у трети пациентов с онкологическими заболеваниями [1, 2].

Депрессия, как долговременная, так и эпизодическая, может существенно мешать повседневной жизни, работе и учебе и привести к целому ряду неблагоприятных последствий для пациента, его се-

мы и общества в целом. Для больных депрессией свойственны подавленное состояние, потеря интереса и способности получать удовольствие, чувство вины, низкая самооценка, нарушения сна и аппетита, утомляемость и плохая концентрация внимания [3].

Депрессия нарушает когнитивные способности, ограничивает возможности к самопомощи и другие функции человека. Длительное беспокойство и депрессия ухудшают физическое состояние организма, ослабляют иммунный ответ, что повышает риск самых разных тяжелых заболеваний, включая сердечно-сосудистую патологию, некоторые формы рака, болезнь Альцгеймера и другие [4, 5].

Продолжительность жизни пациентов с депрессией в среднем на 20–30 лет меньше, чем в общей популяции, вне зависимости от сопутствующей патологии [6, 7].

Нарушение настроения может быть как причиной, так и следствием неадекватного эмоционального ответа на стресс. В ряде исследований у кардиологических больных показано, что депрессии являются самостоятельным фактором риска по ишемической болезни сердца и ассоциируются с тяжелым течением (рецидивирующие, продолжительные приступы стенокардии, нарушения сердечного ритма), высокой частотой коронарных катастроф и повышенной смертностью от коронарной болезни [8, 9].

Так, возникновение острого коронарного синдрома нередко предшествовала депрессия (от 33 до 50% пациентов), которая нарастала во время госпитализации (до 70% больных) и сохранялась на протяжении 4 месяцев после выписки из стационара [10, 11].

Однако независимо от того, является ли депрессия (в широком понимании этого слова) причиной, проявлением или следствием соматического заболевания, в любой медицинской организации клиники должны осознавать важность оказания пациенту комплексной медицинской помощи для сохранения и улучшения его психического здоровья. Цель статьи — способствовать пониманию клиницистами механизмов негативных психогенных реакций при утрате здоровья, важности своевременной психодиагностики и предоставления комплексной медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями.

Механизм психогенных реакций, связанных с утратой здоровья

Любая серьезная травма или болезнь является стрессом для человека. Стресс — это физиологический и психогенный ответ организма на изменившиеся условия среды, направленные на компенсацию и защиту. Возникновение болезни у большинства людей является стрессом и приводит к негативным эмоциям — ощущению опасности, угрозы для жизни и

преграды для достижения основных/доминирующих потребностей. Эмоции — динамический нейрофизиологический и психогенный процесс, который сопровождается когнитивными реакциями, влияющими на изменение мышления и поведения. Именно негативные эмоции служат сигналом к действию для изменения поведения с целью адаптации к изменившимся условиям [12].

Утрата здоровья в результате серьезной травмы или болезни занимает шестое место в Шкале жизненно важных событий, разработанной психологами для оценки уровня стресса (Т. Холмс, Р. Рэйх, 1967). Более стрессогенными событиями являются, по мнению психологов, только смерть супруга, развод, тюремное заключение и смерть близкого члена семьи. Всего в этой шкале 43 стрессогенных фактора, включающих и различные социальные проблемы [13].

Многие психологи выделяют определенные этапы/стадии психогенных реакций, вызванных стрессом. Основу составляет классификация стадий эмоционального переживания, впервые предложенная Э. Кюблер-Росс в 1969 г. Эта классификация с некоторыми изменениями продолжает широко использоваться при определении стадии эмоционального переживания, вызванного самыми разными причинами, в том числе после возникновения тяжелого заболевания. В российских публикациях стадии эмоционального переживания, вызванного тяжелой утратой, представляются более или менее одинаково примерно следующим образом [14]:

1. Шок — ощущение неотвратимой гибели, психическую боль этой стадии трудно определить в словах.
2. Отрицание — неверие в утрату, отказ от признания, вытеснение ситуации.
3. Злость, агрессия — свершившаяся потеря признается, но негативные эмоции преобладают, и начинается поиск причины и виноватых.
4. «Торг» — человек вступает сам с собой в переговоры за сохранение прежней жизненной ситуации, обещая себе, например, стать примерным верующим.
5. Депрессия (в данном контексте — не как диагноз) — комплекс чувства обиды, вины и раскаяния, отсутствия перспективы, от которого нередко трудно избавиться.
6. Примирение — адаптация к возникшим изменениям, стабилизация эмоционального состояния, успокоение.

Некоторые авторитетные психологи опровергли наличие стадий психогенных реакций в связи с тем, что они не основаны на убедительных данных исследований. Однако приходится признать, что многие, переносившие серьезные утраты (своего здоровья, здоровья и жизни близких), подтверждают ощущение некоторых определенных эмоциональных периодов перед окончательным принятием утраты и успокоением. Обычно период адаптации к

утрате завершается в конце первого года после тяжелого стресса.

Выраженный стресс, связанный с потерей здоровья, и комбинация стрессогенных факторов, затрудняющих или не позволяющих приспособиться к изменившейся ситуации, приводят к дистрессу. Дистресс — возникновение устойчивых функциональных и органических повреждений в организме, в том числе и прежде всего в центральной нервной системе. При дистрессе нарушается баланс между лимбическими и корковыми импульсами, формируется устойчивое возбуждение с истощением норадренергической, дофаминергической и серотонинергической медиаторных систем. Дистресс проявляется устойчивым нарушением настроения, тревогой, страхом, беспокойством, печалью, недовольством, раздражительностью, депрессией и нарушением основных физиологических функций (сон, прием пищи и др.).

Способность адаптироваться к стрессу очень индивидуальна, однако общим является наличие возрастных периодов — времени резких перемен в жизни, сопровождающихся ростом напряженности стресса и повышением вероятности срыва адаптации [13]:

- ранний детский (2–4 года);
- поступление в школу (6–8 лет);
- пубертатный (12–14 лет);
- средний возраст (40–42 года);
- климактерический (45–50 лет);
- уход от дел (60–70 лет).

Значимыми факторами риска депрессии являются также генетическая предрасположенность к психическим нарушениям и употребление психоактивных веществ [15].

Высокую распространенность депрессий при сердечно-сосудистых и эндокринных патологиях можно также объяснить патофизиологическими изменениями, возникающими в центральной нервной системе в результате основного заболевания.

При недостаточном контроле сахарного диабета, например, нарушения в центральной нервной системе возникают из-за значительных колебаний концентрации глюкозы крови. Современные исследования свидетельствуют, что и гипогликемия, и гипергликемия приводят к функциональным, структурным и нейрохимическим изменениям нервной системы, нарушающим гипокампусную иннервацию, нейрогенез, нейропластичность, что негативно влияет на память и эмоционально-волевую сферу [16–18].

Если у пациентов с сахарным диабетом возникает депрессия, сосудистые и нейрогенные нарушения усугубляются, что негативно сказывается на памяти и поведении пациента. Все это затрудняет самоконтроль сахарного диабета, что приводит к выраженной вариабельности концентрации глюкозы крови. Возникает так называемый порочный круг. При депрессии у взрослых, детей и подростков с сахарным диабетом хуже контроль заболевания, чаще ослож-

нения и выше смертность, чем у пациентов без депрессии [18–20].

На снижение настроения у пациентов с различными хроническими заболеваниями может влиять и целый ряд лекарственных препаратов, включающий гипотензивные средства, антиаритмики, стероидные гормоны, анальгетики, антибиотики, сульфаниламиды, цитостатики. Это важно помнить при назначении лекарственных препаратов из перечисленных групп.

Профилактика и диагностика депрессий при оказании первичной медицинской помощи

Профилактика депрессий должна начинаться с момента постановки диагноза неизлечимого заболевания, при котором есть риски развития тяжелых осложнений. Внедрение эффективной и психологически обоснованной системы информирования пациентов и членов их семей после постановки диагноза может способствовать снижению стресса, принятию утраты здоровья и началу осознанного выполнения медицинских рекомендаций.

В каждой медицинской организации должен быть тщательно разработан и апробирован протокол, информирующий пациентов и/или его близких о тяжелом заболевании, которое может привести к ограничению жизнедеятельности и трудоспособности. В значительной степени первое информирование о болезни сформирует отношение пациента к своему заболеванию. В табл. 1 представлены предложения, которые могут быть полезны для разработки такого информационного протокола.

Познавательный фактор и чувство некоторого контроля над ситуацией очень важны для купирования стресса и преобразования негативных эмоциональных реакций в позитивную деятельность. Поэтому образовательные программы для пациентов по самоконтролю заболевания — необходимая составляющая помощи пациентам с диабетом, бронхиальной астмой и другими хроническими заболеваниями. Эффективность программ по самоконтролю заболевания зависит от того, насколько они структурированы, сфокусированы на целевой группе, проводятся подготовленными группами тренеров, учитывают индивидуальные потребности пациентов и активно вовлекают пациентов в процесс обучения [21].

Другим видом помощи пациентам, испытывающим стресс от потери здоровья, является равная поддержка — помощь человека, оказавшегося в такой же точно ситуации, с положительным опытом ее преодоления. Равная поддержка является полезной при различных заболеваниях, в том числе при сахарном диабете. Для того чтобы обеспечить эффективность и безопасность равной поддержки, волонтеры из числа пациентского сообщества должны быть хорошо подготовлены, а их деятельность должна контролироваться соответствующими специалистами [22–27].

Таблица 1. Рекомендации по разработке протокола по информированию пациента и/или его близких о возникновении тяжелого заболевания

1. Подготовьте всю необходимую печатную информацию о заболевании, которую сможете передать пациенту после разговора.
2. Выберите тихое конфиденциальное место, определите достаточное время.
3. Если возможно, обеспечьте участие еще одного близкого человека.
4. Спокойным твердым тоном сообщите диагноз. Оцените понимание информации.
5. Спросите, что знают о заболевании. Подтвердите точные данные, опровергните мифы и заблуждения.
6. Коротко объясните, на основании каких данных исследований поставлен диагноз. Говорите о прогнозе просто и честно, используя понятные термины. Покажите результаты исследований, на которых основывается прогноз. Подтвердите готовность своевременно информировать о результатах обследования.
7. Объясните пользу и риск лечения.
8. Разъясните влияние заболевания на жизнь человека, зависимость результатов лечения от приверженности пациента к выполнению рекомендаций и индивидуальных особенностей.
9. Сообщите пациенту любую достоверную обнадеживающую информацию, включая текущие исследования.
10. Четко изложите возможные схемы лечения, подтвердив, что решение будет приниматься совместно.
11. Поддержите морально, посочувствуйте, дайте возможность высказать свои чувства.
12. Обсудите наиболее важные вопросы.
13. Предложите помощь людям, успешно преодолевшим проблему.
14. Предоставьте печатную информацию.
15. Сообщите о доступности медицинской и психологической помощи.
16. Обсудите социальную обстановку в семье и необходимость социальной поддержки.
17. Предложите две повторные беседы: через 24 ч и через 2 нед.

Если врач-клиницист отмечает у пациента длительные периоды подавленного настроения, утрату интересов, жалобы, отражающие патологический аффект (тоска, апатия, идеи вины, чувство безнадежности, тревожные опасения, суицидальные мысли), очевидный патологический суточный циркадный ритм (настроение значительно хуже утром, чем вечером), нарушения сна и аппетита, общий вид и поведение, свидетельствующие о депрессии, пациенту необходимо немедленно предложить обратиться к психиатру.

Если нарушение настроения у пациента не так очевидно, но есть основания предполагать наличие тревоги и скрытой депрессии, полезно предложить пациенту заполнить валидизированный опросник, позволяющий выявить эти состояния. Очень важно, чтобы клиницист использовал только валидизированную исследовательскую методику с доказанной чувствительностью и специфичностью для определения потребности в психологической и/или психиатрической помощи и выбора формы психотерапевтического вмешательства.

Один из наиболее известных и используемых опросников для взрослых — «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS). Этот опросник был создан в 1983 г. Zigmond и Snaith для помощи врачам общей практики в определении тревоги и депрессии у пациента с хронической патологией и потребности в консультации специалиста в области психического здоровья. Опросник предназначен для самозаполнения пациентом [28].

Чувствительность и специфичность англоязычного опросника HADS составляют примерно 80%, что вполне приемлемо для такого вида инструментария. Риск гипо- и гипердиагностики тревоги и де-

прессии у 20% пациентов может быть преодолен дополнительным консультированием психолога и/или психотерапевта [29, 30].

Этот опросник валидизирован в России (русская версия — А.В. Андрущенко, М.Ю. Дробижев, А.В. Добровольский, 2003) и часто применяется в российских медицинских организациях, в том числе психологами, например, для оценки психологического состояния матерей детей, находящихся на лечении в Научном центре здоровья детей [31]. Шкала также используется в российских и международных эпидемиологических исследованиях для определения распространенности тревоги и депрессии в российской популяции [32].

При выявлении депрессии пациенту необходимо предложить психиатрическую помощь. Врач-психиатр или психотерапевт выбирает лечебную методику — психотерапевтическую и/или фармакологическую. Если симптомы депрессии не очевидны, есть основание предполагать только эмоциональные проблемы — беспокойство, тревогу, которые негативно сказываются на здоровье и общем благополучии пациента, пациенту следует предложить консультацию психолога. Этот специалист окажет помощь в рамках своей компетенции и при необходимости порекомендует пациенту дополнительную медицинскую помощь.

Медицинская помощь при депрессиях у пациентов с соматическими заболеваниями

Психотерапия — целенаправленное психологическое воздействие на пациента (посредством слова, эмоциональных отношений, совместной деятельности) с целью улучшения его здоровья и повышения устойчивости к стрессу. Основные направления психотерапии [13]:

- психоаналитическое;
- социобиологическое;
- бихевиориальное (поведенческое);
- когнитивное;
- гуманистическое.

В рамках этих направлений разработаны различные психотерапевтические методики, каждая из которых имеет четкие показания и ограничения к использованию.

Правильно выбранный психотерапевтический метод эффективен как для профилактики, так и для лечения депрессий у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом и ожирением, что доказано в хорошо спланированных контролируемых исследованиях [33].

У детей и подростков с сахарным диабетом психологическая помощь, включающая когнитивную и поведенческую терапию, помогает решению эмоциональных и поведенческих проблем, самоконтролю заболевания, улучшению детско-родительских взаимоотношений [34].

Однако, несмотря на широкую известность психологических проблем при сахарном диабете и других хронических заболеваниях, большинство пациентов не получают психологической/психиатрической помощи. В развитых странах менее половины пациентов с сахарным диабетом и депрессией были направлены к специалисту и проконсультированы [2, 35, 36]. Национальное исследование, проведенное в США, показало, что 73% пациентов с хроническими соматическими заболеваниями вопреки совету терапевтов не обратились к психиатру по поводу стойкого нарушения настроения, считая, что справятся со своими проблемами сами [37].

С одной стороны, необращение за психологической и психиатрической помощью может объясняться стигматизацией психиатрической помощи, а также страхами вторжения во внутренний мир человека. С другой стороны, пациенты не всегда осознают серьезность возникающих эмоциональных проявлений. Нередко пациенты с депрессией акцентируют внимание на соматических жалобах, которые обычно при депрессии усиливаются.

Важно также отметить, что у пациентов с депрессией при любом виде хронической патологии более характерна неудовлетворенность взаимоотношениями с лечащим врачом и неудовлетворенность врача общением с пациентом. Следствием этого становится плохая приверженность к выполнению медицинских рекомендаций, хуже становятся результаты лечения и учащаются отказы от медицинского наблюдения [38–40].

Во всех странах звучат призывы сделать помощь специалистов в области психического здоровья доступной в системе первичной медицинской помощи. Это значительно повышает обращаемость и улучшает результаты лечения пациентов [41, 42].

Доступность психотерапевтической помощи в РФ

Психологическая помощь как дополнительная профилактическая и лечебная мера для пациентов с соматической патологией только начинает развиваться в российских медицинских организациях, отставая почти на 50 лет от развитых стран мира. Формируется нормативная база по оказанию психологической помощи пациентам медицинских организаций.

Роль клинического психолога в медицинской организации определена приказом Минздравсоцразвития России №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (23 июля 2010 г.).

В приказе, в частности, говорится: «Медицинский психолог проводит работу, направленную на восстановление психического здоровья и коррекцию отклонений в развитии личности больных. Осуществляет работу по психопрофилактике, психокоррекции, психологическому консультированию больных. Проводит психодиагностические исследования и длительные диагностические наблюдения за больными. Совместно с лечащим врачом разрабатывает развивающие и психокоррекционные программы. Проводит работу по обучению медицинского персонала вопросам медицинской, социальной психологии и деонтологии. Оценивает эффективность проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий. Требования к квалификации: высшее профессиональное образование по специальности «клиническая психология». На сайте Российского психологического общества доступны полностью этот и все другие нормативные документы, в которых упоминается психологическая помощь пациентам [43].

Важно подчеркнуть, что медицинский психолог — это именно должность, которую может занимать специалист, получивший высшее профессиональное образование по специальности «клиническая психология».

В семи Порядках оказания медицинской помощи, утвержденных Минздравом, определена роль психолога при оказании медицинской помощи пациентам, не относящимся к категории пациентов психиатрических стационаров:

1. Приказ Минздрава России от 29.12.12 №1705н «О порядке организации медицинской реабилитации».
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.12 №928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения».
3. Приказ Минздрава России от 01.11.12 №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

4. Приказ Минздрава России от 14.04.15 №187н. «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» (зарегистрировано в Минюсте России 08.05.15 №37182).

5. Приказ Минздрава России от 12.11.12 №908н (ред. от 25.03.14) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология» (зарегистрировано в Минюсте России 20.12.12 №26216).

Роль психолога важна и при возникновении конфликтных ситуаций в медицинских организациях. Как отмечалось в начале статьи, конфликты между пациентом и медработниками могут быть связаны с нахождением пациента в состоянии стресса.

Сотрудники академика РАН В.А. Петерковой в 2016 г. проанализировали наличие психологической помощи в детских областных больницах всех регионов РФ. Было установлено, что в половине медицинских организаций есть ставка психологов, но в большинстве этих организаций всего лишь один специалист — клинический психолог оказывает помощь всем детям многопрофильной больницы. Насколько известно авторам, лишь в трех детских медицинских организациях РФ имеются психологические отделения с достаточным числом штатных психологов: в Детской клинической больнице Республики Татарстан, Научном центре здоровья детей и Онкологическом центре им. Димы Рогачева. В настоящее время только от руководства медицинской организации зависит возможность предоставления пациентам психологической помощи в соматическом стационаре, в котором есть реабилитационные отделения.

Одной из проблем для организации психологической помощи пациентам является, по мнению авторов, довольно распространенное среди клиницистов сомнение в эффективности психологической помощи. Повысить доверие к психологической помощи могут практика совместного ведения пациентов, обучение врачей основам психологии и объяснение важности этой формы помощи для пациентов. С другой стороны, очень важно, чтобы врачи-клиницисты участвовали в обучении клинических психологов для улучшения понимания психологами особенностей ведения пациентов с различными хроническими патологиями. Подобный опыт есть в рамках благотворительной программы «Альфа-Эндо». При поддержке этой программы клинические психологи обучены детскими эндокринологами основам самоконтроля сахарного диабета 1-го типа у детей. На сайте программы доступны различные материалы, которые могут быть полезны как клиническим психологам по вопросам сахарного диабета, так и эндокринологом по вопросам психологической помощи пациентам с этим заболеванием [44].

Важно помнить, что психолог не имеет права поставить диагноз «депрессия» и самостоятельно лечить это заболевание. Особенность деятельности меди-

цинского психолога состоит в том, что, работая в медицинской организации, психолог не вправе диагностировать нарушения здоровья в соответствии с Международной классификацией болезней, так как не является специалистом с медицинским образованием. Психологическое состояние может быть описано психологом с использованием Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Если у пациента есть основания предполагать депрессию, психолог рекомендует пациенту обратиться к психиатру и в случае согласия пациента на оказание психиатрической помощи может стать членом команды специалистов, обязательно включающей психиатра.

Как уже отмечалось, клиницистам нужно знать состояния, требующие немедленного обращения за психиатрической помощью. К ним относятся выраженное чувство тревоги, безнадежности, отчаяния; тоскливое настроение с суицидальными мыслями; ажитация или психомоторная заторможенность и другие признаки психического расстройства.

В более легких случаях направление может быть плановым. При легкой депрессии обычно достаточно когнитивной поведенческой психотерапии. Когнитивную поведенческую терапию используют как психиатры, так и психологи. Антидепрессанты успешно используются для лечения средней и тяжелой депрессии. Их не применяют для лечения депрессии у детей. Антидепрессанты следует назначать с осторожностью и не в первую очередь при лечении депрессии у подростков.

Пациенты, которым показаны антидепрессанты, составляют около 20% всех госпитализированных в соматические стационары. В настоящее время существует большой выбор различных антидепрессантов. Клиническая классификация антидепрессантов следующая:

— Антидепрессанты с седативным эффектом: амитриптилин, миансерин, миртазапин, тразодон, флувоксамин.

— Антидепрессанты сбалансированного действия: мапротилин, сертралин, тианептин, циталопрам, пароксетин, кломипрамин, венлафаксин, пиразидол.

— Антидепрессанты-стимуляторы: имипрамин, флуоксетин, милнаципран, моклобемид.

В зависимости от клинических проявлений аффективных расстройств врач-психиатр может назначить препараты и других психофармакологических классов. Необходимо также учитывать не только общее, основное (транквилизирующее, антидепрессивное или антипсихотическое) действие препарата, но и элективный (седативный или стимулирующий) его эффект. Назначение конкретного медикамента проводится с учетом не только свойств его психотропной активности, но и возможных побочных эффек-

тов, соматических заболеваний, взаимодействия с другими медикаментами, прежде всего — из числа применяемых в общей медицине (соматотропными средствами).

Правильно подобранная терапия депрессии не только приводит к обратному развитию аффективных расстройств, но и способствует улучшению лечения большинства соматических заболеваний. Полное выздоровление от депрессии при назначении корректной психофармакотерапии наступает у 50–60% пациентов. У 25% больных отмечается резидуальная депрессивная симптоматика, требующая поддерживающей фармако- и/или психотерапии. Примерно у такого же числа пациентов наблюдаются рецидивы депрессии, которая приобретает рекуррентное или фазовое течение [1].

Важно помнить о возможном негативном влиянии антидепрессантов на течение основного заболевания. Исследования показывают, что у пациентов с сахарным диабетом антидепрессанты были эффективны в отношении депрессии, но при назначении некоторых представителей трициклических антидепрессантов ухудшался самоконтроль диабета или возникло постоянное ощущение голода и повышалась частота гипогликемий [1].

В настоящее время клиническая, психологическая и психотерапевтическая помощь нередко оказывается пациентам в разных учреждениях. Психиатрическую и психотерапевтическую помощь можно получить почти исключительно в специализированных медицинских организациях. Однако нетрудно представить, как пациент с сахарным диабетом и депрессией воспримет рекомендацию обратиться за консультацией в психоневрологический диспансер. Даже направление к психологу, оказывающему помощь в другой организации, не всегда достигнет цели, так как требует дополнительных усилий, времени, а нередко — и средств. Поэтому клинический психолог должен быть в каждой медицинской организации и осуществлять связь с психиатром в случае необходимости.

Помощь пациентам с хронической патологией, у которых определяется нарушение настроения, требует командного подхода. Как показывают исследования, командный подход клиницистов, психологов и психиатров — не только эффективная, но и экономически обоснованная стратегия для пациентов с соматической патологией и депрессией [45].

Вывод

В настоящее время есть убедительные данные о распространенности выраженных нарушений настроения у пациентов с различной соматической патологией, включая сахарный диабет, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Эти изменения имеют психогенную и патофизиологическую основу. Выраженное нарушение настроения и депрессия

не только снижают качество жизни, но и ухудшают результаты лечения, трудоспособность и продолжительность жизни.

В любой медицинской организации должны быть организованы профилактика и диагностика депрессии. Для диагностики нарушений настроения необходимо использовать валидизированные психологические тесты. Психологическая и психотерапевтическая помощь должна основываться на доказательствах эффективности и безопасности.

Грамотная работа психолога поможет пациенту и его близким преодолеть стресс и принять изменения жизни, связанные с появлением болезни. Психолог поможет купировать негативные психогенные реакции и улучшить позитивный настрой на выполнение медицинских рекомендаций. Позитивные эмоции могут способствовать развитию навыков самостоятельного решения проблем, лучшему образу жизни, принятию диагноза, самопомощи, а также улучшению самоконтроля заболевания и состояния здоровья. Психическая устойчивость приводит к улучшению мыслительных способностей и воли.

Благодаря психодиагностике и консультированию психолога пациенты могут легче понять и принять в случае необходимости психиатрическую помощь для лечения депрессии. Учитывая наличие определенной стигмы в отношении психиатрических учреждений, важно, чтобы помощь психотерапевта также была доступна в многопрофильных больницах. Позитивное впечатление от первой консультации в стационаре поможет пациенту и в дальнейшем обращаться за психиатрической помощью без предубеждения.

Важно способствовать развитию командного подхода, когда помощь клинициста, психолога и психиатра доступна в одной медицинской организации. Командный подход позволит максимально эффективно и безопасно оказать пациентам столь необходимую для них помощь.

Литература/References

1. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust.* 2009;190(7):54-60.
2. Nicolucci A, Kovacs Burns K, Holt RIG, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabet Med.* 2013;30(7):767-777. <https://doi.org/10.1111/dme.12245>
3. who.int [интернет]. Всемирная организация здравоохранения. Активна на 02.02.19. Доступ по ссылке: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5-%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0>
4. Ghiadoni L, Donald AE, Cropley M, et al. Mental stress induces transient endothelial dysfunction in humans. *Circulation.* 2000;102(20):2473-2478. <https://doi.org/10.1161/01.cir.102.20.2473>

Приложение. Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)	Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)
1. Я испытываю напряжение, мне не по себе 3 — все время 2 — часто 1 — время от времени, иногда 0 — совсем не испытываю	1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство 0 — определенно, это так 1 — наверное, это так 2 — лишь в очень малой степени это так 3 — это совсем не так
2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться 3 — определенно, это так, и страх очень велик 2 — да, это так, но страх не очень велик 1 — иногда, но это меня не беспокоит 0 — совсем не испытываю	2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное 0 — определенно, это так 1 — наверное, это так 2 — лишь в очень малой степени это так 3 — совсем не способен
3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове 3 — постоянно 2 — большую часть времени 1 — время от времени и не так часто 0 — только иногда	3. Я испытываю бодрость 3 — совсем не испытываю 2 — очень редко 1 — иногда 0 — практически все время
4. Я легко могу присесть и расслабиться 0 — определенно, это так 1 — наверное, это так 2 — лишь изредка это так 3 — совсем не могу	4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно 3 — практически все время 2 — часто 1 — иногда 0 — совсем нет
5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь 0 — совсем не испытываю 1 — иногда 2 — часто 3 — очень часто	5. Я не слежу за своей внешностью 3 — определенно, это так 2 — я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 — может быть, я стал меньше уделять этому времени 0 — я слежу за собой так же, как и раньше
6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться 3 — определенно, это так 2 — наверное, это так 1 — лишь в некоторой степени это так 0 — совсем не испытываю	6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения 0 — точно так же, как и обычно 1 — да, но не в той степени, как раньше 2 — значительно меньше, чем обычно 3 — совсем так не считаю
7. У меня бывает внезапное чувство паники 3 — очень часто 2 — довольно часто 1 — не так уж часто 0 — совсем не бывает	7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы 0 — часто 1 — иногда 2 — редко 3 — очень редко

Сумма баллов по части I

Сумма баллов по части II

Правило оценки:

0–7 баллов — «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)

8–10 баллов — «субклинически выраженная тревога/депрессия»

11 баллов и выше — «клинически выраженная тревога/депрессия»

5. Eriksson AK, van den Donk M, Hilding A, Östenson CG. Work stress, sense of coherence, and risk of type 2 diabetes in a prospective study of middle-aged Swedish men and women. *Diabetes Care*. 2013;36(9):2683-2689. <https://doi.org/10.2337/dc12-1738>

6. Skinner TC, Carey ME, Cradock S, et al. Depressive symptoms in the first year from diagnosis of Type 2 diabetes: results from the DESMOND trial. *Diabet Med*. 2010;27(8):965-967. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2010.03028.x>

7. Sullivan MD, Katon WJ, Lovato LC, et al. Association of depression with accelerated cognitive decline among patients with type 2 diabetes in the ACCORD-MIND trial. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(10):104. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1965>
8. Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Сыркин А.Л. *Депрессии у соматических больных*. М.: 1997.
9. Смулевич А.Б. *Депрессии в общей медицине*. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство; 2001.
10. Agency for Health Care Policy and Research. Cardiac rehabilitation. Clinical Guideline No. 17. Rockville, Md: АHCPR, 1995. (АHCPR Publication No. 96-0672).
11. Lane D, Chong A, Lip G. Psychological interventions for depression in heart failure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003329.pub2>
12. Izard CE. Emotion theory and research: highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annu Rev Psychol*. 2009;60(1):1-25. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163539>
13. Тюльпин Ю.Г. *Медицинская психология*. М.: Медицина; 2004.
14. Руслина А.О. Периодизация процесса переживания горя в психологии в сопоставлении с некоторыми положениями православного богословия. *Консультативная психология и психотерапия*. 2012;3:185-212.
15. Finlay-Jones R. Showing that Life Events are a Cause of Depression. *A Review Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1981;15(3):229-238. <https://doi.org/10.3109/00048678109159440>
16. Muriach M, Flores-Bellver M, Romero F, Barcia J. Diabetes and the Brain: Oxidative Stress, Inflammation, and Autophagy. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*. 2014;1-9. <https://doi.org/10.1155/2014/102158>
17. Penckofer S, Quinn L, Byrn M, Ferrans C, et al. Does glycemic variability impact mood and quality of life? *Diabetes Technol Ther*. 2012;14(4):303-310. <https://doi.org/10.1089/dia.2011.0191>
18. Chew B. Psychological aspects of diabetes care: Effecting behavioral change in patients. *World J Diabetes*. 2014;5(6):796. <https://doi.org/10.4239/wjd.v5.i6.796>
19. Kovacs M, Feinberg TL, Paulauskas S, et al. Initial coping responses and psychosocial characteristics of children with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Pediatr*. 1985;106(5):827-834. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(85\)80368-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(85)80368-1)
20. Northam E, Anderson P, Adler R, et al. Psychosocial and family functioning in children with insulin-dependent diabetes at diagnosis and one year later. *J Pediatr Psychol*. 1996;21(5):699-717. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/21.5.699>
21. National Center for Biotechnology Information [Internet]. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Diabetes (Type 1 and Type 2) in Children and Young People: Diagnosis and Management. [cited 2019 Feb 2]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343411/>
22. Lu Y, Pyatak EA, Peters AL, et al. Patient Perspectives on Peer Mentoring: Type 1 Diabetes Management in Adolescents and Young Adults. *Diabetes Educ*. 2015;41(1):59-68. <https://doi.org/10.1177/0145721714559133>
23. Disability Services Peer Support. A guide to how people with a disability and carers can help each other to make the most of their disability supports. [Internet]. Melbourne: Disability Services Division. Victorian Government. Department of Human Services. [cited 2019 Feb 2]. Available from: <https://services.dhhs.vic.gov.au/sites/default/files/2017-05/Peer-support-guide.doc>
24. Peer Support: What Is It and Does It Work? A summary of the evidence [Internet]. National Voices. [cited 2019 Feb 2]. Available from: <https://www.nationalvoices.org.uk/publications/our-publications/peer-support>
25. South J, Kinsella K, Meah A. Lay perspectives on lay health worker roles, boundaries and participation within three UK community-based health promotion projects. *Health Educ Res*. 2012;27(4):656-670. <https://doi.org/10.1093/her/cys006>
26. Kemp V, Henderson AR. Challenges faced by mental health peer support workers: peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatr Rehabil J*. 2012;35(4):337-340. <https://doi.org/10.2975/35.4.2012.337.340>
27. Rankin D, Harden J, Waugh N, et al. Parents' information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: a qualitative study. *Health Expectations*. 2014;19(3):580-591. <https://doi.org/10.1111/hex.12244>
28. Snaith R, Zigmond A. The hospital anxiety and depression scale. *BMJ*. 1986;292(6516):344. <https://doi.org/10.1136/bmj.292.6516.344>
29. Bjelland I, Dahl A, Haug T, Neckelmann, D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *J Psychosom Res*. 2002;52(2):69-77. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00296-3)
30. Rishi P, Rishi E, Maitray A, et al. Hospital anxiety and depression scale assessment of 100 patients before and after using low vision care: A prospective study in a tertiary eye-care setting. *Indian J Ophthalmol*. 2017;65(11):1203. https://doi.org/10.4103/ijoo.ijoo_436_17
31. Андрюшенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общеймедицинской практике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2003;5:11-17.
32. Шальнова С.А., Евстифеева С.Е., Деев А.Д. и др. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами (по данным исследования ЭССЕ-РФ). *Терапевтический архив*. 2014;12:53-60. <https://doi.org/10.17116/terarkh2014861253-60>
33. Voinov B, Richie W, Bailey R. Depression and chronic diseases: it is time for a synergistic mental health and primary care approach. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2013;15(2). <https://doi.org/10.4088/pcc.12r01468>
34. *Сахарный диабет у детей и подростков: Консенсус ISPAD по клинической практике: 2014 г.* Пер. с англ. Под ред. Петерковой В.А. М.: ГЭОТАР-Медиа по заказу Фонда КАФ; 2016.
35. Lepine J, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol*. 1997;12(1):19-30. <https://doi.org/10.1097/00004850-199701000-00003>
36. Gaulbaud du Fort G, Newman SC, Boothroyd LJ, Bland RC. Treatment seeking for depression: role of depressive symptoms and comorbid psychiatric diagnoses. *J Affect Disord*. 1999;52(1-3):31-40. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(98\)00052-4](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(98)00052-4)
37. Corrigan P, Druss B, Perlick D. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychol Sci Public Interest*. 2014;15(2):37-70.
38. Desai R, Stefanovics E, Rosenheck R. The role of psychiatric diagnosis in satisfaction with primary care. *Med Care*. 2005;43(12):1208-1216. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000185747.79104.90>
39. Hamilton W, Round A, Sharp D: Patient, hospital, and general practitioner characteristics associated with non-attendance: a cohort study. *Br J Gen Pract*. 2002;52(477):317-319.
40. Pesata V, Pallija G, Webb AA. A descriptive study of missed appointments: families' perceptions of barriers to care. *J Pediatr Health Care*. 1999;13(4):178-182. [https://doi.org/10.1016/s0891-5245\(99\)90037-8](https://doi.org/10.1016/s0891-5245(99)90037-8)
41. Schoenbaum M, Unützer J, McCaffrey D, et al. The effects of primary care depression treatment on patients' clinical status and employment. *Health Serv Res*. 2002;37(5):1145-1158. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.01086>

42. Li C, Dick AW, Fiscella K, Conwell Y, Friedman B. Effect of usual source of care on depression among Medicare beneficiaries: an application of a simultaneous-equations model. *Health Serv Res.* 2011;46(4):1059-1081.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01240.x>
43. psygus.ru [интернет]. Российское психологическое общество. [Доступ от 02.02.19]. Доступ по ссылке: http://psygus.ru/med_psy/doc.php
44. alfa-endo.ru [интернет]. «Альфа-Эндо». Национальная благотворительная программа помощи детям с эндокринными заболеваниями. [Доступ от 02.02.19]. Доступ по ссылке: www.alfa-endo.ru
45. Camacho EM, Ntais D, Coventry P, et al. Long-term cost-effectiveness of collaborative care (vs usual care) for people with depression and comorbid diabetes or cardiovascular disease: a Markov model informed by the COINCIDE randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2016;6(10):e012514.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012514>

* * *