

**ПСИХОТИКАЛЫҚ СИМПТОМДАРЫ БАР ДЕПРЕССИЯНЫ
ДИАГНОСТИКАЛАУ МЕН ЕМДЕУДІҢ
КЛИНИКАЛЫҚ ХАТТАМАСЫ**

1. КІРІСПЕ БӨЛІМ

1.1 АХЖ-10 кодтары [1,2]:

АХЖ-10	
Код	Атауы
F25.1	Шизоаффективтік бұзылу, депрессиялық тип
F25.2	Шизоаффективтік бұзылу, аралас тип
F31.5	Биполярлы аффективтік бұзылу, психотикалық симптомдары бар ауыр депрессияның ағымдағы эпизоды
F31.6	Биполярлы аффективтік бұзылу, аралас сипаттағы ағымдағы эпизод
F32.3	Ауыр дәрежелі психотикалық симптомдары бар депрессиялық эпизод
F33.3	Рекурренттік депрессиялық бұзылу, ауыр дәрежелі психотикалық симптомдары бар ағымдағы эпизод

1.2 Хаттаманы әзірлеу/қайта қарау күні: 2017 жыл, қайта қарау 2022 жыл

1.3 Хаттамада қолданылатын қысқартулар:

ЕБАҚ	Екінші буынның антипсихотикалық құралдары
АД	Антидепрессант
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
ББАҚ	Бірінші буынның антипсихотикалық құралдары
АТХ	Анатомиялық-терапевттік-химиялық жіктеуіш
БАБ	Биполярлы аффективтік бұзылу
БХҚТ	Биохимиялық қан талдауы
ДЭ	Депрессиялық эпизод
ИМАО	Ингибиторлар моноаминооксидаздар
КК	Кретининдік клиренс
ПДК	Психикалық денсаулық кабинеті
КТ	Компьютерлік томография
ДЗ	Дәрілік заттар
МАО	Моноаминооксидаза
АХЖ-10	10-шы қайта қаралымдағы аурулардың халықаралық жіктеуіші
ДСМ	Денсаулық сақтау министрлігі
МРТ	Магнитті-резонанстық томография

ЖҚТ	Жалпы қан талдауы
ЖНТ	Жалпы несеп талдауы
ПБЗ	Психикаға белсенді әсер ететін заттар
МСАК	Медициналық-санитариялық алғашқы көмек
ПМБ	Психикалық және мінез-құлықтық бұзылулар
БПДО	Бастапқы психикалық денсаулық орталықтары
РДБ	Рекуррентті депрессиялық бұзылу
ҚР	Қазақстан Республикасы
РКС	Рандомизацияланған клиникалық сынақ
РПДФПО	Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы
РЭГ	Реоэнцефалограмма
СКҚСИ	Серотонинді кері қармаудың селективтік ингибиторлары
СНКҚСИ	Серотонин мен норадреналинді кері қармаудың селективтік ингибиторлары
БТ 3	Бос триодтиронин 3
БТ 4	Бос тироксин 4
ТРД	Терапевттік резистентті депрессия
ТТГ	Тиреотропты гормон
ТЦА	Трициклді антидепрессанттар
ОЖЖ	Орталық жүйке жүйесі
ПДО	Психикалық денсаулық орталықтары
СФ	Сілтілі фосфатаза
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЭПО	Эксперименттік-психологиялық тексеру
ЭЭГ	Электроэнцефалограмма
mhGAP	Психикалық және жүйке бұзылуларына қатысты шараларды қабылдау жөніндегі mhGAP нұсқаулығы
5-HT1A	Рецепторлардың ішінара агонисті

1.4 Хаттама пайдаланушылары: Психиатр ересек/ балалар [3].

1.5 Пациенттер санаты: ересек.

1.6 Дәлелдемелік деңгейінің шкаласы:

А	Жоғары сапалы мета-талдау, РКС жүйелік шолуы немесе өте төмен ықтималдығы бар жүйелік қателіктің ірі РКС (++), олардың нәтижелері тиісті популяцияға таралуы мүмкін.
В	Жоғары сапалы (++) когортты немесе жағдайды бақылау зерттеулеріне жүйелік шолу немесе Жоғары сапалы (++) когортты немесе жағдайды бақылау зерттеулеріне жүйелі қателік қаупі өте төмен немесе жүйелік қателік қаупі төмен (+) РКС, олардың нәтижелері тиісті популяцияға таралуы мүмкін.

С	Когортты немесе жағдайды бақылау зерттеуі немесе жүйелі қателік қаупі төмен рандомизациясыз бақыланатын зерттеу (+). Олардың нәтижелері тиісті популяцияға таралуы мүмкін немесе жүйелік қателік қаупі өте төмен немесе төмен (++) немесе (+) РКС, олардың нәтижелері тиісті популяцияға тікелей таралмауы мүмкін.
D	Бірқатар жағдайлардың сипаттамасы немесе бақыланбайтын зерттеу немесе сарапшылардың пікірі.

1.7 Анықтама: Психотикалық симптомдары бар депрессия – патологиялық төмендеген көңіл-күй, ойлаудың және қозғалыстың тежелуі – гипотимиямен сипатталатын және сандырақ, галлюцинациялар немесе депрессиялық ступордың болуымен толықтырылатын психикалық бұзылу [1, 2, 4-9].

Терапевтік резистентті депрессия (ТРД) – АД-ның құрылымы мен нейрохимиялық әсері бойынша фармакологиялық тұрғыдан әр түрлі орта есеппен 3-4 аптаға созылатын адекватты монотерапияның екі жүйелі курсының тиімсіздігі (яғни, Гамильтон шкаласы бойынша симптоматиканың төмендеуі 50%-дан аспайды) [4-6, 14].

ТРД бастапқы депрессиялық эпизодтардағы шизофренияның бастапқы даму кезеңін көздейтін болжамды қолайсыз фактор болып табылады (5-7, 16)

NB! терапияның адекваттығы деп антидепрессантты оның клиникалық көрсеткіштеріне және оның психотропты, нейротропты және соматотропты белсенділігінің спектрінің ерекшеліктеріне сәйкес тағайындауды, қажетті дозалар диапазонын қолдануды және емдеу курсының ұзақтығын (4 аптадан 6 аптаға дейін) сақтауды түсіну керек.

1.8 Жіктеу:

Депрессияның көріну дәрежесі бойынша: Ауыр [4-8, 10, 12, 15].

Депрессия ағымының нұсқалары бойынша [4-8, 10, 12, 15]:

- ✓ жалғыз депрессиялық эпизод
- ✓ рекуррентті (қайталанатын) депрессия
- ✓ биполярлы бұзылу (депрессиялық және маниакалды фазалардың алмасуы)

Аффективтік синдромдардың клиникалық ерекшеліктеріне сәйкес [4-8, 10, 12, 15]:

- күрделі — сандырақтық депрессиялар.

2. ДИАГНОСТИКАЛАУ ӘДІСТЕРІ, ТӘСІЛДЕРІ МЕН ПРОЦЕДУРАЛАРЫ

Диагностикалық өлшемшарттар [1, 2, 6, 16-17]

F25.1 Шизоаффективтік бұзылу, депрессиялық тип

Ауру кезінде шизофрениялық және депрессиялық белгілер байқалатын бұзылу. Депрессиялық көңіл-күй әдетте кейбір депрессиялық белгілермен

немесе мінез-құлықтың бұзылуымен бірге жүреді: тежелу, ұйқысыздық, энергияның жоғалуы, салмақ жоғалту немесе тәбеттің төмендеуі, әдеттегі қызығушылықтың төмендеуі, зейіннің бұзылуы, кінә, үмітсіздік, суицидтік ойлар. Сонымен бірге, сол ұстама аясында шизофренияға тән басқа да белгілер бар.

Диагностикалық нұсқаулар:

Депрессиялық эпизодтар үшін көрсетілген кемінде 2 тән депрессиялық симптомдар немесе қатар жүретін мінез-құлық бұзылулары бар депрессия көрсетілуі керек. Сол эпизод шеңберінде кемінде бір немесе жақсырақ екі типтік шизофрениялық симптомдар айқын болуы тиіс.

Бұл санат депрессиялық типтегі бір шизоаффективті эпизод болған кезде немесе эпизодтардың көпшілігі депрессиялық типтегі шизоаффективті болатын рекурентті бұзылулар үшін қолданылуы тиіс.

Мыналарды қамтиды:

F25.11 Ұстама тәрізді шизофрения, шизоаффективтік нұсқа, депрессиялық тип.

F25.18 Басқа шизоаффективтік бұзылу, депрессиялық тип.

F25.2 Шизоаффективтік бұзылу, аралас тип

Шизофрениялық симптомдар аралас биполярлы аффективтік бұзылулармен қатар жүретін бұзылулар.

F25.21 Ұстама тәрізді шизофрения, шизоаффективтік нұсқа, аралас (биполярлы) аффективті тип.

F25.22 Аралас психоз ұстама тәрізді шизофренияның циркулярлық нұсқасы ретінде.

F25.28 Аралас биполярлы аффективтік бұзылулары бар басқа шизоаффективті күй.

F31 Биполярлы аффективтік бұзылу

Көңіл-күй мен белсенділік деңгейі айтарлықтай бұзылған қайталанатын (кемінде екі) эпизодтармен сипатталатын бұзылу. Бұл өзгерістердің мәні, кейбір жағдайларда көңіл-күйдің көтерілуі, күш пен белсенділіктің жоғарылауы (мания немесе гипомания), басқа жағдайларда көңіл-күйдің төмендеуі, энергияның төмендеуі және белсенділік (депрессия) байқалады. Сауығу әдетте ұстамалар (эпизодтар) арасында толық болады.

F31.5 Биполярлы аффективтік бұзылу, психотикалық симптомдары бар ауыр депрессияның ағымдағы эпизоды

а) ағымдағы эпизод психотикалық симптомдары бар ауыр депрессиялық эпизод өлшемшарттарына жауап береді;

б) бұрын кемінде бір гипоманиакалды, маниакалды немесе аралас аффективті эпизод болуы тиіс.

Қажет болса, сандырақ немесе галлюцинациялар көңіл-күйге сәйкес немесе сәйкес келмейтінін анықтауға болады.

F31.53 Депрессиялық сандырақтық күй, биполярлық тип, аффектіге сәйкес келетін сандырақпен.

F31.54 Депрессиялық сандырақтық күй, биполярлық тип, аффектіге сәйкес келмейтін сандырақпен.

F31.58 Басқа биполярлы аффективтік бұзылу, басқа психотикалық симптомдары бар ауыр депрессияның ағымдағы эпизоды.

F31.6 Биполярлы аффективтік бұзылу, аралас сипаттағы ағымдағы эпизод

Биполярлық бұзылулардың ең типтік формалары ауыспалы маникальды және депрессиялық эпизодтармен сипатталады, қалыпты көңіл-күй кезеңдерімен бөлінеді, көбінесе депрессиялық күй күндер немесе апталар бойы гиперактивтілікпен, сөйлеу қысымымен бірге жүреді. Немесе маникальды көңіл-күй мен шама идеялары толқумен, белсенділіктің төмендеуімен және либидомен бірге жүруі мүмкін. Депрессиялық симптомдар, гипомания немесе мания күн сайын немесе тіпті бірнеше сағат ішінде тез ауысуы мүмкін. Егер аурудың көп бөлігінде екеуі де байқалатын белгілердің 2 жиынтығы болса және егер бұл эпизод кем дегенде 2 аптаға созылса, аралас биполярлы аффективтік бұзылу диагнозын қоюға болады.

Алынып тасталады: аралас сипаттағы жалғыз аффективтік эпизод.

F32 Депрессиялық эпизод

Жалпы диагностикалық нұсқаулар:

A. ең типтік симптомдар:

1. көңіл-күйдің төмендеуі
2. қызығушылықтар мен құштарлықтың жоғалуы
3. шаршаудың жоғарылауы және белсенділіктің төмендеуі

B. басқа жалпы симптомдар:

1. зейінді шоғырландыру қабілетінің төмендеуі
2. өзін-өзі бағалау мен өзіне деген сенімділік сезімінің төмендеуі
3. кінә және өзін-өзі қорлау идеялары
4. болашаққа деген қараңғы және пессимистік көзқарас
5. өзіне зиян келтіруге немесе суицидке бағытталған идеялар немесе әрекеттер

әрекеттер

6. ұйқының бұзылуы
7. тәбеттің төмендеуі

C. көңіл-күйдің төмендеуі депрессиялық эпизод кезіндегі өзгерістерге аз әсер етеді, алайда көңіл-күй тәуліктік ауытқуларға ұшырауы мүмкін (таңертеңгі уақытта едәуір азаяды).

D. F32.0, F32.1 және F32.2 санаттары бір депрессиялық эпизод жағдайында қолданылады; екі немесе одан да көп депрессиялық эпизодтар жағдайында қайталанатын депрессиялық бұзылулар (F33) санаттары қолданылады.

E. анамнезде маниакальды эпизод өлшемшарттарына сәйкес келетін

маниакалды/гипоманиакалды белгілер анықталмаған.

F. эпизодты психикаға белсенді әсер ететін заттарды қолдануға немесе органикалық психикалық бұзылуларға жатқызуға болмайды.

АХЖ-10-да келесі симптомдардың кемінде төртеуі болған жағдайда депрессияның соматикалық синдромы ерекшеленуі мүмкін:

1. қызығушылықтардың немесе науқас үшін әдетте жағымды қызмет рахатының төмендеуі;
2. оқиғаларға немесе қызметке әдеттегі реакцияның болмауы;
3. таңертең әдеттегі уақыттан екі немесе одан да көп сағат бұрын ояну;
4. депрессия таңертең ауыр болады;
5. көрінетін психомоторлық тежелудің немесе қозудың объективтік дәлелдері (басқа адамдар белгілеген немесе сипаттаған);
6. тәбеттің айтарлықтай төмендеуі;
7. салмақ жоғалту (өткен айда дене салмағының бес немесе одан да көп пайызы);
8. либидоның едәуір төмендеуі.

Науқастың жай-күйін бағалау және емдеу орны мен әдісін, сондай-ақ медициналық көмек көрсетудің одан әрі бағытын анықтау үшін депрессияны ауырлық дәрежесі бойынша саралау үлкен маңызға ие.

F32.3 Психотикалық симптомдары бар ауыр дәрежелі депрессиялық эпизод

Ауыр депрессиялық эпизод сандырақтың, галлюцинацияның немесе депрессиялық ступордың болуымен толықтырылады. Сандырақ көбінесе келесі мазмұнда болады: күнәкарлық, кедейлік, науқас жауап беретін бақытсыздықтар. Есту немесе иіс сезу галлюцинациялары әдетте «дауыстың» айыптаушы және қорлаушы сипаты, ал иістер шіріген ет немесе кірдің иісі. Қозғалыстың ауыр тежелуі ступорға айналуы мүмкін. Қажет болса, сандырақ немесе галлюцинациялар көңіл-күйге сәйкес келеді немесе сәйкес келмейді деп анықталуы мүмкін.

Мыналарды қамтиды:

- ✓ үздіксіз ағым түрімен депрессиялық-сандырақтық күйі бар маниакалды-депрессиялық психоз;
- ✓ ұстама тәрізді шизофрения, депрессиялық-сандырақтық күйі; психотикалық симптомдары бар үлкен депрессияның жалғыз эпизоды; психотикалық депрессияның жалғыз эпизоды;
- ✓ психогендік депрессиялық психоздың жалғыз эпизоды; реактивті депрессиялық психоздың жалғыз эпизоды.

F32.33 Аффектіге сәйкес келетін сандырағы бар депрессиялық-сандырақтық күй

Оған мыналар кіреді: үздіксіз ағым түрімен депрессиялық-сандырақтық күйі бар маниакалды-депрессиялық психоз.

F32.34 Аффектіге сәйкес келмейтін сандырағы бар депрессиялық-сандырақтық күй

Оған мыналар кіреді: ұстама тәрізді шизофрения, депрессиялық-сандырақтық күй.

F32.38 Басқа психотикалық симптомдары бар ауыр дәрежелі басқа депрессиялық эпизод

Мыналарды қамтиды:

✓ психотикалық симптомдары бар үлкен депрессияның жалғыз эпизоды; психотикалық депрессияның жалғыз эпизоды;

✓ психогендік депрессиялық психоздың жалғыз эпизоды; реактивті депрессиялық психоздың жалғыз эпизоды.

F33 Рекуррентті депрессиялық бұзылу

Жалпы диагностикалық нұсқаулар:

А. F32 диагностикалық өлшемшарттарына жауап беретін қайталанатын депрессиялық эпизод.

В. бұрын кем дегенде екі аптаға созылған және қазіргі эпизодтан кем дегенде 2 айлық кезеңмен бөлінген кез келген ауырлық дәрежесіндегі кемінде бір депрессиялық эпизод, оның барысында ешқандай маңызды аффективті белгілер байқалмады (әйтпесе басқа қайталанатын аффективтік бұзылу F38.1 диагнозы қойылуы керек).

С. гипомания өлшемшарттарына сәйкес келетін және депрессиялық эпизодтан кейін тікелей жүретін гипомания немесе маниакалды эпизод (F30) өлшемшарттарына сәйкес келетін эпизодтардың болмауы, гипомания өлшемшарттарына сәйкес келетін жеңіл көтеріңкі көңіл-күй мен гиперактивтіліктің қысқа эпизодтарын қоспағанда (кейде депрессияны емдеу оларды қоздыруы мүмкін).

F33.3 Рекуррентті депрессиялық бұзылу, психотикалық симптомдары бар ауыр дәрежелі ағымдағы эпизод

а) рекуррентті депрессиялық бұзылудың өлшемшарттары қанағаттандырылады, ал ағымдағы эпизод психотикалық симптомдары бар ауыр депрессиялық эпизодтың өлшемшарттарына сәйкес келеді;

б) кем дегенде 2 эпизод кемінде 2 аптаға созылуы тиіс және көңіл-күйдің айтарлықтай бұзылуынсыз бірнеше ай аралығымен бөлінуі керек; әйтпесе, басқа рекуррентті аффективтік бұзылу диагнозы қойылуы қажет.

Қажет болған жағдайда көңіл-күйге сәйкес келетін немесе сәйкес келмейтін сандырақ немесе галлюцинация сипатын көрсетуге болады.

Қажет болса, алдыңғы эпизодтардың басым түрін белгілеуге болады (жеңіл, орташа, ауыр, белгісіз).

F33.33 Маниакалды-депрессиялық психоз, психотикалық симптомдары бар монополярлы-депрессиялық тип.

F33.34 Депрессиялық-сандырақтық күй, аф-фектіге сәйкес келмейтін сандырақ әсері бар монополярлы тип.

F33.38 Басқа рекуррентті депрессиялық бұзылу, басқа психотикалық симптомдары бар ауыр депрессияның ағымдағы эпизоды.

Депрессияның клиникалық өлшемшарттары [1, 2, 4-17]:

Шағымдар және анамнез:

Шағымдар:

- ✓ көңіл-күйдің төмендеуі, сағыныш;
- ✓ өзін-өзі айыптау, кінәлау, өзін-өзі жазғыру, өзін-өзі қорлау идеялары;
- ✓ айыптаушы немесе қорлаушы мазмұнындағы дауыстарды естиді;
- ✓ көру галлюцинацияларын бастан кешіреді;
- ✓ агрессия, аутоагрессия.

Анамнез:

- Адам кемінде екі апта бойы депрессияның екі негізгі белгілерінің тым болмаса біреуін бастан кешірді ме?

- Күшті қамыққан көңіл күй
- Күнделікті қызметке деген қызығушылық пен құштарлықтың айтарлықтай төмендеуі.

- Адам кемінде екі апта бойы депрессияның бірнеше қосымша белгілерін бастан кешірді ме?

- Ұйқының бұзылуы немесе тым ұзақ ұйқы
- Тәбеттің айтарлықтай бұзылуы немесе адам салмағының өзгеруі (азаю немесе арту)
- Пайдасыздық немесе шамадан тыс кінә сезімі
- Шаршау немесе энергияның жоғалуы
- Концентрацияның төмендеуі
- Батылсыздық
- Айқын мазасыздық қозу немесе мазасыз күй
- Сөйлейді және әдеттегіден баяу қозғалады
- Үмітсіздік
- Суицидтік ойлар немесе әрекеттер

А. Депрессияның жалпы өлшемшарттары:

1. депрессиялық көңіл-күй пациент үшін қалыптан тыс деп анықталатын, күнделікті дерлік ұсынылатын және күннің көп бөлігін қамтитын деңгейге дейін, ол негізінен жағдайға тәуелді емес және кемінде екі аптаға созылады;

2. әдетте науқас үшін жағымды болатын қызметке деген қызығушылықтың немесе құштарлықтың біршама төмендеуі;

3. энергияның төмендеуі және шаршаудың жоғарылауы.

Төмендегілердің кез келгені болуы керек:

1) әдетте шизофрениялық ретінде атап өтілгендерден басқа науқас үшін өзекті сандырақ немесе галлюцинация (яғни, мазмұны бойынша мүлдем мүмкін емес/мәдени тұрғыдан адекватты емес және галлюцинациядан басқа сандырақ, науқасты үшінші тұлғада талқылайтын/ағымдағы түсініктеме беретін); ең көп таралған мысалдар депрессиялық сандырақ, кінә сандырағы,

өзіне-өзі ипохондриялық, нигилистік немесе персекаторлық мазмұндағы сандырақты жатқызуды қамтиды;

2) депрессиялық ступор.

Төмендегілердің кемінде 5 симптомы болуы тиіс:

- ✓ сенімділік пен өзін-өзі бағалаудың төмендеуі;
- ✓ себепсіз өзін өзі жазғыру сезімі немесе шамадан тыс және адекватты емес кінә сезімі;
- ✓ өлім/суицид/суицидтік мінез-құлық туралы қайталанатын ойлар;
- ✓ шешімсіздік/тербеліс сияқты ойлау/шоғырлану қабілетінің төмендеуіне көріністер мен шағымдар;
- ✓ қозу/тежелу арқылы психомоторлық белсенділіктің бұзылуы (субъективті / объективті);
- ✓ кез келген түрдегі ұйқының бұзылуы;
- ✓ дене салмағының сәйкес өзгеруімен тәбеттің өзгеруі (жоғарылау/төмендеу).

Соматикалық (виталды) симптом кешенінің ауырлығын бағалау үшін

1. Таңертең әдеттегі уақыттан екі немесе одан да көп сағат бұрын ояну;
2. Депрессия таңертең ауыр болады;
3. Айқын психомоторлық тежелудің немесе қозудың объективтік дәлелдері (басқа адамдар белгілеген немесе сипаттаған);
4. Тәбеттің айтарлықтай төмендеуі;
5. Салмақ жоғалту (өткен айда дене салмағының бес немесе одан да көп пайызы);
6. Либидоның едәуір төмендеуі.

Ең жиі қолданылатын алып тастау өлшемшарттары.

Эпизодты психикаға белсенді әсер ететін затты тұтынуға немесе кез-келген органикалық психикалық бұзылуға жатқызуға болмайды.

NB! *Өзіне-өзі зиян келтіретін әрекеттер, көбінесе аффективтік бұзылуларға арналған дәрі-дәрмектермен өзін-өзі улау, АХЖ-10 (X60, X84) XX класының қосымша кодымен тіркелуі тиіс.*

Диагностикалық ұсынымдар

ПДК немесе БПДО дәрігері

ПДК ПДО	Ұсынылады	Түсініктемелер
1	Барлық пациенттерге психикалық мәртебеде психотикалық симптомдары бар депрессия симптомдарын анықтау бойынша іс-шараларды жүргізу [1, 2, 4-7, 18-20].	<i>Депрессиялық бұзылулардың симптоматологиясында аффективті, психомоторлы, когнитивті, психовегетативті және соматикалық бұзылулар бөлінеді. Бұл</i>

		<i>жағдайда депрессияның ядролық симптомдары қамыққан көңіл-күй, ангедония, белсенділік пен энергияның жоғалуы болып табылады. Депрессиялық бұзылулары бар көптеген науқастар бастапқыда бұл белгілерге шағымданбайтындықтан, мақсатты сұрастыру өте маңызды.</i>
2	<p>Психикалық мәртебеде психотикалық симптомдары бар депрессия белгілері анықталған барлық пациенттерге міндетті қадамдар ретінде жүргізілуі керек: [11, 2, 4-7, 18-20].</p> <p>✓ пациенттегі симптоматиканың психотикалық симптомдары бар депрессияны диагностикалау өлшемшарттарына сәйкестігін бағалау</p> <p>✓ депрессияға себепші болған психотикалық симптомдардың болуы туралы анамнез немесе медициналық құжаттама деректерін алу</p>	<p><i>Депрессиялық бұзылудың ауырлығын және жай-күйдің терапевттік динамикасын бағалау үшін рейтингтік шкалаларды қолданған жөн: депрессияны бағалауға арналған Гамильтон шкаласы (ағылш. Hamilton Rating Scale for Depression) және депрессияны бағалауға арналған Монтгомери-Асберг шкаласы (ағылш. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) (қосымшаны қараңыз).</i></p>
3	<p>Депрессиялық симптоматиканың пайда болуының экзогендік және соматогендік себептерін болдырмау мақсатында бастапқы немесе қайталанатын депрессиялық эпизод диагнозы қойылған барлық пациенттерге анамнездік деректерді мұқият жинау [1, 2, 7, 18-20]:</p> <ul style="list-style-type: none"> - депрессиялық симптомдардың дамуына түрткі болған жарақаттардың, бас миының жұқпалы ауруларының, соматикалық аурулардың болуы туралы [1, 2, 7, 18-29, 32]; - депрессиялық эпизод тікелей басталардан бұрын депрессия симптомдарын тудыруы мүмкін психикаға белсенді әсер ететін заттарды немесе дәрілік заттарды тұтыну туралы [1, 2, 7, 33]. 	<p><i>Анамнездік деректерді мұқият жинау депрессиялық симптомдардың пайда болуының экзогендік және соматогендік себептерін жоққа шығарады және тиімді араласуды таңдауға септігін тигізеді.</i></p>
4	<p>Суицид жасау қаупі факторларын анықтау мақсатында барлық пациенттерге міндетті тәртіппен жолданған клиникалық-анамнездік тексеру жүргізу [1, 2, 4-7, 18-19, 21, 30-31].</p>	<p><i>Суицид қаупін бағалау кезінде келесі факторларды ескеру ұсынылады: суицидтік ойлардың, ниеттердің, жоспарлардың және мінез-құлықтардың болуы; бұрын суицидтік әрекеттердің болуы; суицидтік құралдарға қол жеткізу және осы құралдардың өлімі; қатты мазасыздықтың, дүрбелеңнің, қозудың және/немесе</i></p>

		<p>импульсивтіліктің болуы; императивтік галлюцинация сияқты психотикалық симптомдарды болуы немесе өзін-өзі сынаудың төмендеуі, олардың үкімдері, әрекеттері және олардың салдары; алкогольді және/немесе басқа да ПБЗ тұтынуы; отбасылық анамнезде суицидтің болуы; тежегіш факторлардың болмауы (мысалы, туыстары мен жақындарын қолдау, балалардың болуы, жүктілік, діндарлық, олардың отбасылық міндеттерін түсіну, жұмыспен қамту, жеңудің психологиялық дағдыларының болуы, белгілі бір өмірлік оптимизмнің болуы және т.б.).</p> <p>Суицидтің ауырлығын және суицид қаупін бағалау үшін Колумбиялық суицидтік ниеттің ауырлығы шкаласын қолданған жөн (ағылш. <i>Columbia Suicide Severity Rating Scale</i>) (қосымшаны қараңыз).</p>
5	<p>Суицид жасау қаупіне үш кезеңде бағалау жүргізу: [1, 2, 4-7, 18-19, 21, 30]</p> <p>1) суицид жасау тәуекелін бағалауды жүргізу қажеттігін анықтау;</p> <p>2) себепші, күшейтуші және қорғанис факторларын бағалай отырып, суицид жасау тәуекел факторларын анықтау;</p> <p>3) суицид жасау қаупінің дәрежесін айқындау.</p>	<p>NB! Суицид жасау қаупін бағалауды жүргізу қажеттілігі тексеру сәтіндегі психикалық жай-күйді бағалау және анамнездік мәліметтер негізінде айқындалады.</p>
6	<p>шұғыл және жедел медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуді талап ететін психотикалық симптомдары бар адамның депрессиясы бар деген күдік болған кезде пациентті аумақтық бекіту бойынша ПДО-ға немесе РПДФПО-ға жіберу [1, 2, 4-7, 18-29].</p>	<p>Психотикалық белгілері бар адамның депрессияға ұшырауы шұғыл және жедел медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуді талап етеді.</p>

ПДК немесе БПДО, аумақтық ПДО немесе РПДФПО-ның психиатр дәрігері: [1, 2, 4-33]

<p>ПДК БПДО ПДО РПДФПО</p>	<p>Ұсынылады</p>
1	<p>Психикалық күйді бағалай отырып, диагностикалық іс-шараларды жүргізу:</p>

	<p>1) жалпы түрі мен мінез-құлқы (психомоторлық күйді және ерікті сфераның қызметін бағалау – козу, ступор, стереотиптер, жабысқақ әрекеттер, импульсивтік әрекеттер);</p> <p>2) эмоционалды күй (мазасыздықты, қорқынышты, мазасыздықты, шиеленісті бағалау); көңіл-күйдің төмендеуі (қалыпты қайғыдан, субклиникалық депрессия арқылы депрессияға дейін), көңіл-күйдің жоғарылауы (эйфориядан, гипомания арқылы манияға дейін), аралас күйлер (бір мезгілде депрессиялық және маникалды симптомдар), ашу, ыза, немқұрайлылық; жағдайдың эмоцияларының адекваттығы;</p> <p>3) ойлау (ойлау формаларының бұзылуы – оның қарқынын жеделдету немесе баяулату (шамадан тыс ұсақ-түйек), кідіріс (ойлардың, ойлаудың кенеттен қиындауы), шашырау немесе бөліну, табандылық (стереотиптік қайталау), обсессия (жабысқақ ойлар); мазмұны бойынша ойлаудың бұзылуы – идеялар);</p> <p>4) қабылдау (бұзушылықтар – галлюцинациялар (жоқ объектілерді қабылдау), иллюзиялар (бар объектілерді бұрмаланған қабылдау));</p> <p>5) танымның жоғары функциялары: есте сақтау, шындықты адекватты бағалау, абстрактілі ойлау және өзін-өзі тану (өзіндік рефлексия), сондай-ақ өзінің құштарлықтарын бақылау (агрессивті, жыныстық) қабілеті.</p>
2	<p>Объективті және субъективті анамнездік мәліметтерді жинауды жүзеге асыру, бұл ретте төмендегілерге назар аудару: [1, 2, 4-10, 24-28, 56]</p> <p>1) ерте балалық шақтан бастап осы уақытқа дейінгі отбасылық ортаны, оның ішінде үй ішілік (тұрмыстық) және (немесе) жыныстық зорлық-зомбылық;</p> <p>2) суицид пен психикалық бұзылулардың, оның ішінде ПБЗ теріс пайдаланудан туындаған бұзылулардың отбасылық тарихы;</p> <p>3) өзіне-өзі қол жұмсамайтын өзіне-өзі зиян келтіру;</p> <p>4) психикалық дамудың, жеке тұлға қоймасының, оқыту мен кәсіби қызметтің, мүдделер мен қызығушылықтар шеңберінің, отбасылық өзара қарым-қатынастардың ерекшеліктері;</p> <p>5) симптомдардың пайда болуының басталуы, олардың психикалық-элеуметтік факторлармен байланысы – психикалық бұзылудың болуына күдік болған кезде;</p> <p>6) суицидтік мінез-құлық тарихы (бар болса) (алдыңғы суицид әрекеттерінің саны; әрбір әрекет үшін: болған кезде, мән-жайлар мен арандатушы факторлар; тәсілі және оның ықтимал өлімі; анықтау немесе кедергілерді (әрекет үшін) табу тәуекелін жоспарлау және барынша азайту бойынша қабылданған шаралар дәрежесі; әрекет жасамас бұрын ПБЗ қолдану; салдары және медициналық ауырлығы салдарын; әрекетке қатынасы);</p> <p>7) психикалық-элеуметтік жағдайлар және жақын уақытта болған шығындар (нақты, қабылданған немесе ықтимал): жақын адамның немесе тіршілік иесінің өлімі (пұт, үлгі немесе үй жануарлары); қарым-қатынастың үзілуі, ажырасу немесе ажырасу; тұлғааралық қақтығыстар, стресстік немесе қолайсыз немесе күрделі қатынастар; оқу проблемалары; жұмыс немесе тұрғын үйден айырылу; бастау жақын адамның немесе қымбат адамның аурулары; қаржылық және құқықтық қиындықтар; жоғалу мерейтойы; жаңа жерге көшу;</p>

	8) егер бұрын анықталған диагноз болса, емдеу тарихы (емдеуге жатқызу алдындағы алдыңғы және қосалқы диагноздар және емдеудің басқа түрлері) және тағайындалған емнің сақталуы туралы ақпарат жинау.
3	Тексеру кезіндегі психикалық күйді және анамнездік мәліметтерді бағалау, соның негізінде суицид жасау қаупін бағалау қажеттілігін анықтау. [1, 2, 4-10, 24-28, 56, 73-75]. NB! Суицид жасау қаупін бағалауды үш кезеңде жүргізу: 1) суицид жасау тәуекелін бағалауды жүргізу қажеттігін анықтау; 2) себепші, күшейтуші және қорғаныс факторларын бағалай отырып, суицид жасау тәуекел факторларын анықтау; 3) суицид жасау қаупінің дәрежесін анықтау.
4	Депрессиялық спектрдің бұзылуларын ерте диагностикалау мақсатында депрессияның ауырлығын анықтауға ғана емес, бағалауға, сондай-ақ оны емдеу процесін бақылауға мүмкіндік беретін арнайы шкалалар қолдануды көрсете отырып, ПМБ бар депрессияға күдікті немесе белгіленген диагнозы бар адамдарды эксперименттік-психологиялық тексеру жүргізуге жіберу [73-84]. NB! Эксперименттік-психологиялық (патопсихологиялық) тексеру зерттеудің қосымша әдісі болып табылады, оны жүргізудің көрсетілімдерін емдеуші дәрігер анықтайды. Патопсихологиялық тексеруді медициналық (клиникалық) психолог жүргізеді және адамның жеке ерекшеліктерін анықтауға, оның коммуникативті мүмкіндіктерін, танымдық қызметін, эмоционалды-еріктік саласын сипаттауға бағытталған және диагнозды және психофармакотерапиялық тактиканы нақтылау үшін қажетті пациенттің жеке психологиялық қасиеттері мен психикалық күйі туралы ақпарат беруі тиіс.

Физикалық зерттеу:

Стандартты физикалық зерттеу;

- пациенттің депрессиялық симптомдарды тудыруы мүмкін психикаға белсенді әсер ететін заттарды немесе дәрілік препараттарды қабылдау фактісін болдырмау үшін инъекциялардың іздерін анықтау мақсатында теріге зерттеу жүргізу [29].

Зертханалық зерттеулер:

Арнайы зертханалық зерттеулер жоқ.

Аспаптық зерттеулер

Арнайы аспаптық зерттеулер жоқ.

Тар саладағы мамандардың консультациялары үшін көрсетілімдер:

- Қосалқы соматикалық бұзылулардың болуын бағалау үшін ПМБ бар депрессияға күдікті немесе депрессия диагнозы қойылған пациенттерге терапевт дәрігердің қарап-тексеруін (консультациясын) жүргізу ұсынылады [22-25].

NB! Пациентте депрессияның болуы қосалқы соматикалық бұзылулардың қаупін едәуір арттырады. Соматикалық бұзылулар мен ауырсыну синдромдары көбінесе депрессияның болуымен байланысты.

Депрессияда байқалатын соматикалық бұзылулардың едәуір бөлігі үшін тиімді терапия әдістері бар, оларға қол жеткізу пациенттердің өмір сүру сапасын едәуір жақсарты алады.

- Қосалқы неврологиялық бұзылулардың болуын бағалау үшін ПМБ бар депрессияға күдікті немесе депрессия диагнозы қойылған пациенттерге невролог дәрігердің қарап-тексеруін (консультациясын) жүргізу ұсынылады [22-25].

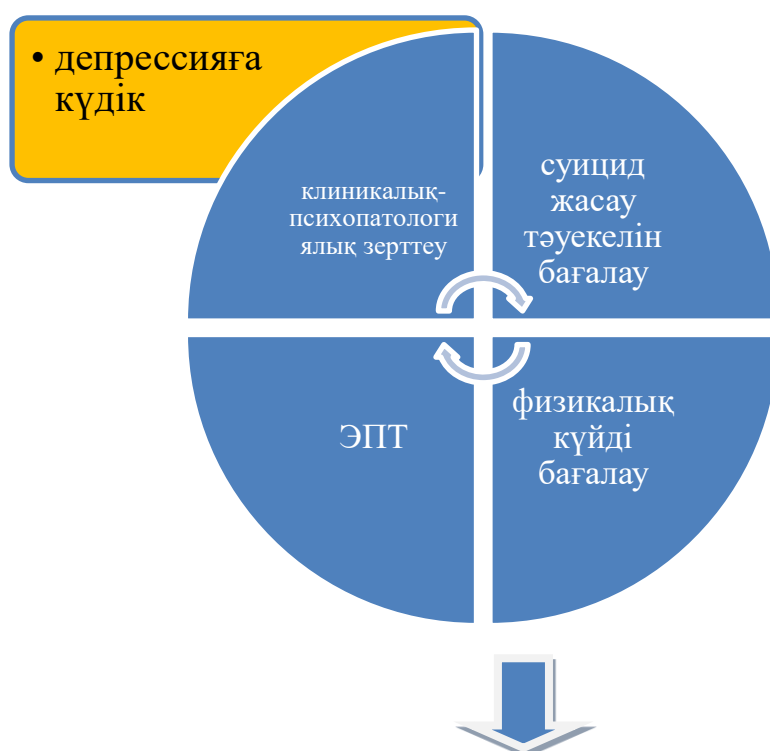
NB! *Пациентте депрессияның болуы ОЖЖ-нің органикалық зақымдануының салдары болуы мүмкін, осыған байланысты неврологиялық күйді тексеру дифференциалды диагностикалауды жүргізуде және терапияның дұрыс тактикасын таңдауда маңызды рөл атқарады.*

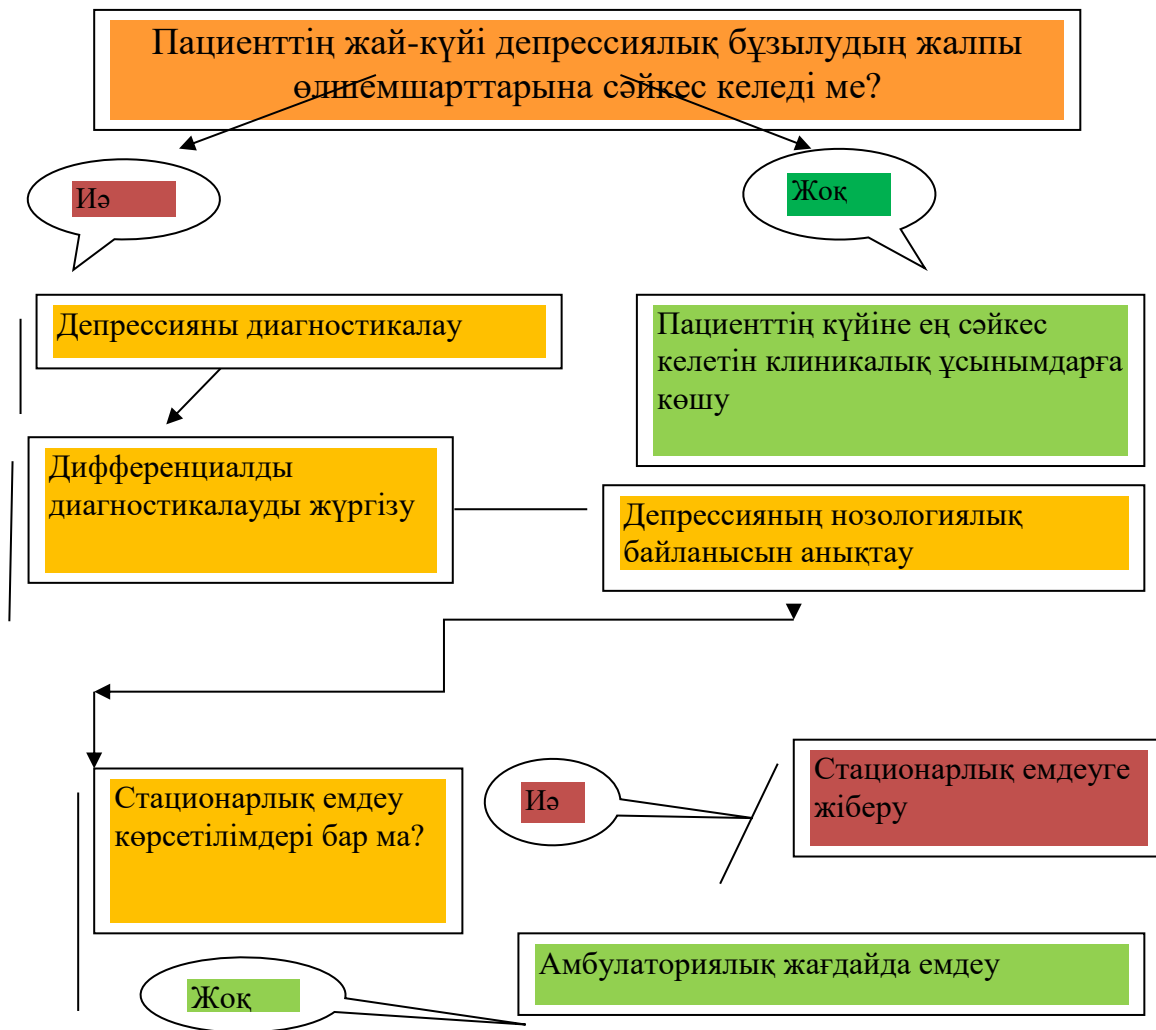
- Қосалқы гинекологиялық бұзылулардың болуын бағалау үшін ПМБ бар депрессияға күдікті немесе депрессия диагнозы қойылған әйелдер үшін гинеколог дәрігердің қарап-тексеруін (консультациясын) жүргізу ұсынылады [22-25].

NB! *Пациентте депрессияның болуы гинекологиялық аурудың немесе климакс кезеңінің салдары болуы мүмкін, осыған байланысты гинекологиялық күйді тексеру дифференциалды диагностикалауды жүргізуде және терапияның дұрыс тактикасын таңдауда маңызды рөл атқарады.*

- Депрессиялық эпизодтың клиникалық көрінісінің ерекшеліктерін – қосалқы патологиялық күйлерді түсіндіре алатын басқа тар сала мамандарының тексеруі (консультациясы) ұсынылады.

2.1 Диагностикалық алгоритм





2.2 Дифференциалды диагноз [1, 2, 4-13, 22-25, 29, 30-31]

Диагноз	Дифференциалды диагностикалау үшін негіздеме	Тексерулер	Диагнозды алып тастаудың өлшемшарттары
Шизофрения және шизоаффективтік бұзылу	Депрессия өлшемшарттары мен шизофрения және шизоаффективтік бұзылудың клиникалық өлшемшарттарының үйлесуі	<ul style="list-style-type: none"> • Клиникалық-психопатологиялық тексеру • ЭПТ 	Шизофрениялық процесс симптомдарының болуы
Органикалық көңіл-күй бұзылуы	Көбінесе сананың сандық бұзылыстары, ошақтық немесе шашыраңқы неврологиялық симптомдар, идеаторлық автоматизмдердің, жалған галлюцинациялар, шизофренияның осьтік симптомдарының болмауы болуы мүмкін	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Клиникалық-психопатологиялық тексеру. • 2. ЭПТ – аффективтік-ойлау саласының органикалық өзгерістері, когнитивтік-тұлғалық бұзылыстар. • 3. Компьютерлік томография немесе бас миының МРТ, ЭЭГ – жаңа өскіндер; сүйек өскіні; <ul style="list-style-type: none"> • аневризмалар, тромбоз және басқа тамырлы патологиялар; • гематомалар; • ишемиялық аймақтар; • бас сүйек ішіндегі қысымның жоғарылауы. • ми қыртысы нейрондарының қалыпты электрлік белсенділігінің бұзылуы; • ми тінінің жарақаттық зақымдануы; • қабыну процестері. 	Бас миының органикалық өзгерістерінің болуы
Терапевттік резистентті депрессия	Көңіл-күйдің жоғарылау эпизодтарынсыз ұзақ уақыт бойы депрессиялық көріністер; <ul style="list-style-type: none"> • Терапевттік әсердің болмауы (респонс), яғни депрессияны бағалау үшін 	<ul style="list-style-type: none"> • Клиникалық-психопатологиялық тексеру • ЭПТ 	Көбінесе – эндогендік аффективтік бұзылулар бойынша ауырлатылған тұқым

	психометриялық шкала бойынша симптоматиканың 50% жақсаруы.		қуалаушылық.
--	--	--	--------------

3. АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ:

Емдеуді амбулаториялық жағдайда психиатр дәрігер жүргізеді.

Амбулаториялық емдеу депрессияның психотикалық симптомдарын басқаннан кейін және депрессияның ауырлығын орташа немесе жеңіл дәрежеге дейін жеңілдеткеннен кейін ғана көрсетіледі [19-21, 31-47].

Амбулаториялық деңгейде емдеу мақсаты депрессияны бағалау үшін Гамильтон шкаласы бойынша симптоматикалық ауырлығы 12 баллдан аспайтын ремиссияға қол жеткізу болып табылады.

Биполярлық депрессияны емдеуге арналған таңдау препаратты нормотимиктер болып табылады. Монотерапия тиімсіз болған жағдайда антидепрессантты қысқа мерзімге тағайындау көрсетілген. Биполярлық депрессияларды емдеуде антидепрессанттарды қолдану терапия процесінде аффект инверсиясының жоғары ықтималдығына байланысты шектеулі. Осыған байланысты науқастарға трициклді антидепрессанттарды тағайындаудан аулақ болу ұсынылады.

Емдеу (тұрақтандыру) терапиясы резидуалды аффективтік белгілерді түзетуге бағытталған. Емдеу ұзақтығы алдыңғы аффективтік фазалардың ұзақтығымен анықталады және одан кемінде екі есе асуы тиіс. Емдеу терапиясы кезеңінің орташа ұзақтығы 5-9 айды құрайды. Амбулаториялық немесе жартылай стационарлық жағдайларда жүргізіледі.

Ұзақ мерзімді рецидивке қарсы (профилактикалық) терапия биполярлық аффективтік бұзылудың депрессиялық фазаларының қайталануын болдырмауға және интермиссия ұзақтығын арттыруға бағытталған. Профилактикалық емдеуді жүргізуге көрсетілімдер соңғы 2 жылда кемінде екі анықталған аффективтік эпизодтың болуы болып табылады.

Рекурентті депрессия кезінде профилактикалық терапия үшін антидепрессанттар, биполярлық аффективтік бұзылулар кезінде нормотимиктер қолданылады. Жаңа буын антидепрессанттарына – серотонинді кері қамтудың селективтік ингибиторларына артықшылық беріледі. Жанама әсерлердің шамалы ауырлығын ескере отырып, антидепрессанттар терапияның барлық кезеңінде стандартты терапиялық дозаларда қолданылады. Биполярлық аффективтік бұзылудың депрессиялық фазаларының клиникалық көрінісінде басым болған кезде қарбамазепин мен ламотриджин таңдаулы препараттар болып табылады. Профилактикалық терапия амбулаториялық жағдайда жүргізіледі. Емдеу ұзақтығы кемінде бір жыл. Егер 5 жыл ішінде толыққанды интермиссия байқалса, терапияны тоқтатуға болады.

3.1 Дәрі-дәрмексіз емдеу.

Режим – амбулаториялық.

Тоқтату және емдеу терапиясы кезеңінде психикалық бұзылулар, дәрі-дәрмектер және олардың жанама әсерлері, суицидке бейімділік (суицидтік мінез-құлық), эндогендік аффективтік бұзылулары бар науқастар үшін суицидке бейімділікті немесе психикалық бұзылулардың белгілерін қоздырудағы немесе күшейтудегі психикалық-әлеуметтік стресстердің рөлінің маңыздылығы туралы оқытуды қамтитын психикалық білім беру ұсынылады [19-21, 27].

Интермиссия кезеңінде психотерапия әдістерін қолдану ұсынылады (әлеуметтік дағдылар тренингі, коммуникациялық тренинг) науқастардың әлеуметтік-психологиялық бейімделу деңгейін арттыруға бағытталған.

Емдеу-еңбек шеберханаларында, оқу сыныптарында, студияларда, спорт секцияларында, қосалқы шаруашылықтарда және т.б. оңалту іс-шараларын жүргізу ұсынылады.

Емдеудің кез-келген кезеңіндегі барлық пациенттерге қосымша әсер ретінде психотерапияны, әлеуметтік-оңалту жұмысын, психиатриялық және мінез-құлық бұзылулары бар науқастармен топтық психикалық білім беру жұмысын қосу ұсынылады (соңғысы әсіресе сәйкес келмейтін науқастарда маңызды).

***NB!** Депрессия кезінде психотерапияның ең көп зерттелген және тиімді түрлері – когнитивті-бихевиоралды терапия және тұлғааралық (адамаралық) терапия. Психотерапияның бұл түрлері жеңіл және орташа дәрежелі депрессияны емдеуде ең тиімді болып табылады. Рекурентті, созылмалы немесе ауыр депрессиямен ауыратын науқастар үшін фармакотерапия мен валидацияланған психотерапия әдістерінің бірінің комбинациясы осы емдеу әдістерінің кез келгеніне қарағанда жақсырақ болуы мүмкін.*

3.2 Дәрі-дәрмекпен емдеу:

Антидепрессанттар – депрессиялық көріністерді басуға арналған негізгі терапия. СКҚСИ, СНКҚСИ тобының өкілдеріне артықшылық беру керек (дулоксетин, сертралин, флуоксетин, флувоксамин, миртазапин, агомелатин, венлафаксин). Көрсетілген препараттар тиімсіз болған жағдайда немесе депрессиялық бұзылулардың эндогендік белгілері болған жағдайда амитриптилин, эскетамин қолдану ұсынылады [31-48, 49-52, 72].

Эскетамин (S-рацемиялық кетамин энантиомері) – препарат (СКҚСИ немесе СНКҚСИ-мен бірге) антидепрессанттармен емдеу кезінде кемінде екі түрлі препаратқа жауап бермеген емдеуге төзімді депрессиялық бұзылулары бар емделушілерге көрсетілген [31-48, 53-61, 72].

Нормотимиялық препараттар – көңіл-күйді тұрақтандыруға, биологиялық ырғақтардың бұзылуын дәрі-дәрмекпен бақылауға арналған (карбамазепин, вальпрой қышқылы, ламотриджин) [31-48, 62, 75].

Қосымша дәрі-дәрмектер кестелерде.

Транквилизаторлар – мазасыздық бұзылуларын жоюға арналған (диазепам, феназепам, зопиклон, тофизопам) [31-48].

Нейролептикалық терапия – негізгі емдеуді күшейтуге және психотикалық симптомдарды басуға арналған (аугментация түрінде немесе аралас терапия құрамында) [31-48, 63-71].

Негізгі дәрілік заттардың тізбесі (қолдану ықтималдығы 100%)

Дәрілік топ	ДЗ халықаралық патенттелмеген атауы	Қолдану тәсілі	Дәлелдемелік деңгейі
антидепрессант	Дулоксетин ^{2,3}	Тәулігіне 60 мг ішке Бастапқы доза тәулігіне 1 рет 60 мг құрайды. Бүйрек (КК<30 мл/мин) және бауыр функциясының айқын бұзылуларымен: бастапқы доза тәулігіне 1 рет 30 мг құрауы тиіс. 18 жастан бастап.	С
антидепрессант	Агомелатин ^{2,3}	Тәулігіне 25-50 мг ішке x 1 рет кешке 18 жастан бастап	С
антидепрессант	Венлафаксин ^{1,2}	Тәулігіне 37,5-150 мг ішке x 1 рет, доза тәулігіне 150 мг болса, 2 рет қабылдайды. 18 жастан бастап.	С
антидепрессант	Амитриптилин ^{2,3}	Тәулігіне 25-100 мг ішке	С
антидепрессант	Сертралин ^{2,3}	Тәулігіне 50-100мг ішке 1-3 рет қабылдау үшін 18 жастан бастап.	С
антидепрессант	Флувоксамин ^{2,3}	Тәулігіне 50-100 мг ішке түнде	С
антидепрессант	Миртазапин ^{1,2}	Тәулігіне 15-30 мг ішке 18 жастан бастап.	С
антидепрессант	Миансерин ^{1,2}	Тәулігіне 30-90 мг ішке 18 жастан бастап.	С
антидепрессант	Флуоксетин ^{1,2,4}	Тәулігіне 20-60 мг ішке 1-3 рет 18 жастан бастап.	С
антидепрессант	Тразодон ^{1,2}	Тәулігіне 150-300 мг, ішке 3 рет қабылдау, тәуліктік дозаның негізгі бөлігін ұйқыға жатар алдында қабылдау ұсынылады.	С
антидепрессант	Эскетамин ^{1,2}	Индукция фазасы 1-4-апталар: 1-ші күні бастапқы доза: 56 мг Одан кейінгі дозалар:	В

		Аптасына 2 рет 56 мг немесе 84 мг Демеуші терапия фазасы 5-8-апталар: аптасына 1 рет 56 мг немесе 84 мг. 9-аптадан бастап: 2 аптада 1 рет немесе аптасына 1 рет 56 мг немесе 84 мг	
нормотимик	Ламотриджин	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 50-150 мг ішке 1-3 рет қабылдау үшін	С
нормотимик	Карбамазепин¹	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 100-600 мг ішке 1-3 рет қабылдау үшін	С
нормотимик	Литий карбонаты^{1,2}	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 300-600 мг ішке 3-4 рет қабылдау үшін	С
нормотимик	Вальпрой қышқылы^{1,2}	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 300-600 мг ішке 1-2 рет қабылдау үшін	С

Суицидтік белсенділік кезінде мұқият тағайындау – суицид қаупі!

¹ Жүктілік кезінде қарсы көрсетілген

² Бала емізу кезінде қарсы көрсетілген

³ Пайда ықтимал қауіпті ақтайтын болса, жүкті әйелдерге тағайындауға болады

⁴ Балаларда қолдану қауіпсіздігі анықталмаған.

Қосымша дәрілік заттардың тізбесі (қолдану ықтималдығы 100%-дан аз)

Дәрілік топ	ДЗ халықаралық патенттелмеген атауы	Қолдану тәсілі	Дәлелдемелік деңгейі
нейролептик	Оланзапин^{2,3}	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 5-10 мг ішке. 18 жастан бастап!	С
нейролептик	Кветиапин^{2,3,4}	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 25-50 мг ішке 1 рет қабылдау. 18 жастан бастап!	С
нейролептик	Палиперидон^{1,2}	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 3-6 мг ішке 1 рет қабылдау.	С
нейролептик	Амисульприд^{2,3}	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 50-600 мг ішке 1-3 рет қабылдау	С
нейролептик	Рисперидон^{2,3}	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 0,5-6 мг ішке.	С
нейролептик	Клозапин^{2,3}	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 25-200 мг ішке күніне/тәулігіне 2-3 рет, бастапқы доза – тәулігіне	С

		150-300 мг.	
нейролептик	Сульпирид^{2,3}	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 200-400 мг ішке 2-3 рет қабылдау үшін. <i>Жүкті әйелдерде және бала емізу кезінде сақтықпен қолдану қажет</i>	С
нейролептик	Галоперидол^{1,2}	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 0,5-15 мг ішке 1-3 рет қабылдау үшін, сирек жағдайларда тәулігіне 40 мг астам (қысқа уақыт).	С
нейролептик	Галоперидол – деcanoат^{1,2}	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 25-50 мг бұлшықет ішіне, айына 1-2 рет бұлшықет ішіне. <u>Қарт адамдарға</u> күйіне қарай айына 1 рет бұлшықет ішіне 12,5-25 мг жеткілікті болуы мүмкін.	С
нейролептик	Флуфеназин^{1,2}	Дозаларды жеке таңдау. 2-4 аптада 1 рет 25-50 мг бұлшықет ішіне.	С
нейролептик	Палиперидона пальмитат^{1,2,4}	Дозаларды жеке таңдау. 50-150 мг/4 апта бұлшықет ішіне. 18 жастан бастап!	С
нейролептик	Арипипразол²	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 10-30 мг ішке 1 рет қабылдау.	С
нейролептик	Карипразин²	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 1,5 мг ішке 1 рет қабылдау. Ең көп доза – тәулігіне 6 мг	С
орталық холинолитик	Тригексифенидил^{1,2}	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 4-8 мг ішке. Қабылдау жиілігі – тәулігіне 3-6 рет.	С
анксиолитик	Диазепам^{2,3}	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 2,5-10 мг ішке күніне 1-3 рет. Жеке жағдайларда – ең көп бір реттік доза – 20 мг. Ең көп тәуліктік доза тәулігіне 20 мг құрайды. 18 жастан бастап! Курс ұзақтығы 7-14 күннен аспайды!	С
анксиолитик	Буспирон^{1,2}	Тәулігіне 5-15 мг ішке 3 рет қабылдау.	С

¹ Жүктілік кезінде қарсы көрсетілген

² Бала емізу кезінде қарсы көрсетілген

³ Пайда ықтимал қауіпті ақтайтын болса, жүкті әйелдерге тағайындауға болады

⁴ Балаларда қолдану қауіпсіздігі анықталмаған.

Хирургиялық араласу: жоқ.

Одан әрі басқару:

- Жай-күйдің жақсаруын бағалау
- Комплаенсті қалыптастыру және нығайту
- Емдеу барысын ұдайы қадағалау
- Препаратты қолдануды тоқтату
- Психикалық білім беру
- Медициналық-әлеуметтік оңалту.

Хаттамада сипатталған диагностикалау және емдеу әдістерінің емдеу тиімділігі мен қауіпсіздігінің индикаторлары:

- депрессияны бағалау үшін Гамильтон шкаласы бойынша симптоматиканың көрінуі 12-ден аспайды;
- психопатологиялық бұзылулардың психотикалық емес деңгейі
- амбулаториялық кезеңде пациенттің терапиясына комплаенттілік.

4. АУРУХАНАҒА ЖАТҚЫЗУ ТҮРІН КӨРСЕТЕ ОТЫРЫП, АУРУХАНАҒА ЖАТҚЫЗУДЫҢ КӨРСЕТІЛІМДЕРІ:

Стационарлық емдеу көрсетілімдері:

- ауыр психотикалық депрессиялар;
- айтарлықтай көріну деңгейіне дейін депрессиялық симптомдардың пайда болуы немесе өршуі;
- күрделі клиникалық көрініс (коморбидтік жай-күйлер есебінен);
- амбулаториялық кезеңде және/немесе депрессияға қарсы терапияға төзімділіктің дамуында араласудың тиімсіздігі (жеткілікті дозаларда және жүргізу ұзақтығында әр түрлі топтағы антидепрессанттармен барабар терапияның екі курсына терапевтік әсердің болмауы).

Психикалық және мінез-құлық бұзылулары бар адамдарға стационарлық көмек нысанында медициналық-әлеуметтік көмек республикалық психикалық денсаулық ұйымының стационарлық клиникалық бөлімшелерінде, жіті бақыланатын мамандандырылған үлгідегі психиатриялық ауруханада, психикалық денсаулық орталықтарының стационарлық бөлімшелерінде көрсетіледі [19-21].

4.1 Жоспарлы ауруханаға жатқызу көрсетілімдері:

ПДО-да стационарлық емдеу көрсетілімдері: [19-21].

- суицид жасау тәуекелі бірқалыпты адамда бір немесе бірнеше күшейтетін факторлар болған кезде, қорғаныш факторлары болмаған немесе жеткіліксіз болған кезде (пациенттің келісімімен).

4.2 Шұғыл ауруханаға жатқызу көрсетілімдері:

- ауруханаға жатқызу талап етіледі – суицид жасау тәуекелі төтенше адамда бір немесе бірнеше күшейтетін факторлар болған кезде, қорғаныш факторлары болмаған немесе жеткіліксіз болған кезде (өз еркімен).

1. Пациенттің келісімінсіз медициналық көмек көрсетуге:

1) өз еркін білдіруге мүмкіндік бермейтін шок, коматозды күйде болған;

2) айналадағыларға қауіп төндіретін аурулармен;

3) ауыр психикалық бұзылулармен (аурулармен);

4) қоғамдық қауіпті іс-әрекетті жасаған психикалық бұзылулармен (аурулармен) ауыратын адамдарға қатысты жол беріледі.

2. Кәмелетке толмағандарға және сот әрекетке қабілетсіз деп таныған адамдарға қатысты медициналық көмек көрсетуге келісімді олардың заңды өкілдері береді.

3. Медициналық көмек көрсету туралы шешімді консилиум келісімсіз қабылдайды, ал консилиумды жинау мүмкін болмаған жағдайда – медициналық ұйымның лауазымды адамдарын кейіннен хабардар ете отырып, тікелей медицина қызметкері қабылдайды.

4. Пациенттің келісімінсіз медициналық көмек көрсету осы бөлімнің 1-тармағында көзделген негіздемелер жойылғанға дейін жалғасады.

4.3 Стационарлы клиникалық бөлімшелерге емдеуге жатқызудың жалпы қарсы көрсетілімдері:

1) басқа бейінді стационарларда емдеуді талап ететін қосалқы аурулардың болуы;

2) эпидемиологиялық қауіп кезеңіндегі инфекциялық аурулар.

5. СТАЦИОНАРЛЫҚ ДЕНГЕЙДЕ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ:

Емдеуді стационарлық жағдайда психиатр дәрігер жүзеге асырады.

Емдеудің негізгі қағидаты дәрі-дәрмексіз түзетумен дәрі-дәрмектік көмекті қамтитын биопсихоәлеуметтік кешенді тәсіл болып табылады [31-48].

Стационарлық емдеу мақсаты:

✓ толық сауығуға (қалдық депрессиялық симптоматикасыз әлеуметтік және еңбек қызмет етудің толық қайтарылуы);

✓ толық ремиссияға (6 ай бойы қандай да бір аффективтік бұзылу белгілерінің болмауы);

✓ толық емес ремиссияға (айтарлықтай жақсару байқалатын кезең,

бірақ синдромдық бірлікке жетпейтін симптомдар сақталады) қол жеткізу;
✓ терапиялық төзімділікті жеңу болып табылады.

5.1 Дәрі-дәрмексіз емдеу (3.1-тармақты қараңыз).

5.2 Дәрі-дәрмекпен емдеу

Ауыр психотикалық депрессияларды емдеуде трициклді құрылымның «эталондық» антидепрессанттары (амитриптилин, кломипромин) ең тиімді болып табылады. Терапияның тиімділігін арттыру үшін антидепрессанттарды бұлшықет ішіне және көктамыр ішіне енгізуге болады.

5.2.1. Психотикалық симптомдары бар ауыр дәрежелі депрессияны тоқтату терапиясы

Суицид қаупі жоғары ауыр дәрежелі депрессиямен ауыратын пациенттерді емдеуді стационар жағдайында жүргізу ұсынылады [49-52].

***NB!** СКҚСИ-мен салыстырғанда, АД артық дозалануы жағдайында оларды суицидтік мақсатта қабылдаған кезде ең ауыр зардаптар ТЦА, венлафаксин және миртазапин қабылдағанда байқалады.*

Терапевтік тактика психотикалық симптомдардың «жартасына» тез жетуге бағытталған.

Психотикалық симптомдары бар ауыр дәрежелі депрессиямен ауыратын пациенттерге алғашқы күндерден бастап ЕБАҚ-мен біріктірілген нейрехимиялық әсер ету механизмінің (СКҚСИ, ТЦА) кең спектрі бар АД тағайындау ұсынылады. [31-48, 49-52].

***NB!** Біріктірілген кезде бұл препараттар қауіпті жанама әсерлердің даму мүмкіндігіне байланысты сақтықпен қолданылуы тиіс.*

Егер препаратты ішке қабылдау науқастың психикалық жағдайына байланысты қиын болса, антипсихотикалық препараттарды бұлшықет ішіне қолдану мүмкін. Жақсы төзімділік жағдайында препараттардың дозалары тез арада максимумға дейін жеткізіледі.

5.2.а. Аралас белгілері бар депрессияны тоқтату терапиясы

АД монотерапиясы БАБ шеңберінде депрессияны емдеу кезіндегі күмәнді тиімділігін және маниакалды симптоматиканы тудыру немесе күшейту және көңіл-күйді тұрақсыздандыру қабілетін ескере отырып, депрессияның диагностикалық тиістілігіне қарамастан (РДБ, БАБ II немесе БАБ I) аралас белгілері бар депрессия кезінде қолданылмауы тиіс [31-48].

- Гипоманиакалды симптомдардың көрінуінің артуы байқалмайтын, оң әсері бар АД монотерапиясын алатын, аралас белгілері бар ДЭ бар барлық пациенттерге толық ремиссияға қол жеткізу мақсатында АД терапиясын жалғастыру ұсынылады.

- Гипоманиакалды симптомдардың көрінуінің артуы байқалатын, АД монотерапиясын алатын аралас белгілері бар депрессиямен ауыратын барлық

пациенттерге АД-ны тоқтату ұсынылады [9-11, 30, 38, 41, 46].

***NB!** ТЦА және СКҚСИ фазалық инверсияның ең жоғары қаупіне ие, серотонинді кері қамтудың селективтік ингибиторлары (СКҚСИ) кемінде жоғары тәуекелге ие.*

- АД монотерапиясын жеткілікті әсерінсіз алатын аралас белгілері бар депрессиямен ауыратын барлық пациенттерге араласу симптомдарының жоғарылау қаупін азайту мақсатында оларды толық тоқтату ұсынылады [9-11, 30, 38, 41, 46].

5.2.2. Психотикалық симптомдары бар депрессияны 2-ші кезеңде тоқтату терапиясы

Пациенттердегі депрессиялық эпизод жағдайларының кем дегенде 30-50%-да бірінші қатардағы адекватты жүргізілген терапия кезінде таңдалған АД кез келгенінің жеткілікті тиімділігіне қол жеткізілмейді. Мұндай жағдайда диагноздың дұрыс қойылғанын, тағайындалған препараттың дозасы жеткілікті ме және пациенттің комплаенттілік дәрежесі тағы бір рет тексерілуі керек.

Динамика болмаған немесе клиникалық әсері жеткіліксіз болған жағдайда (симптоматиканың 25%-дан 50%-ға дейін төмендеу дәрежесі) терапияның 3-4 аптасы ішінде псевдорезистенттіліктің ықтимал құбылыстарын еңсеру мақсатында терапияның екінші курсына немесе кезеңіне өту ұсынылады [31-48, 49-52]:

- АД дозасын максимумға дейін арттыру;
- немесе ішінара парентералды енгізу жолына өту (ТЦА қолданғанда).

Дозаны ұлғайту орынсыз болған жағдайларда (мысалы, төзімділігі нашар болса), сол фармакологиялық класс шеңберінде не басқа әсер ету механизмі бар препаратқа АД-ны ауыстыру ұсынылады [31-52].

- АД монотерапиясы тиімсіз болған, аралас белгілері бар депрессиялық эпизоды бар барлық пациенттерге симптоматиканы тоқтату және ремиссияға қол жеткізу үшін пайдаланылмаған бірінші қатардағы препаратты тағайындау немесе оланзапинді тәулігіне 5-20 мг [72] немесе карипразинді тәулігіне 1,5-3 мг дозада тағайындау ұсынылады [57, 58].

- ЕБАҚ монотерапиясы тиімсіз болған, аралас белгілері бар депрессиямен ауыратын барлық пациенттерге симптоматиканы тоқтату және ремиссияға қол жеткізу үшін нормотимиялық терапияға (литий тұзы; вальпрой қышқылы, ламотриджин) немесе нормотимиялық терапиямен біріктірілген ЕБАҚ терапиясына ауыстыру ұсынылады [54].

5.2.3. Психотикалық симптомдары бар депрессияны 3-ші кезеңде тоқтату терапиясы

Қате диагностикалау (мысалы, БАБ II), комплаентсіздік, коморбидтік психикалық және соматикалық аурулар және басқа факторларды қосқанда клиникалық әсердің жеткіліксіздігі және мұндай тиімсіздіктің айқын себептері болмаған жағдайда, науқасқа салыстырмалы төзімділік тән және терапияның үшінші кезеңіне, яғни төзімділікке қарсы шараларға өту керек деп саналады.

Жағдайға байланысты курстың ұзақтығы 3-4 апта болатын терапияның кез-келген нұсқасын таңдауға болады, сонымен қатар мүмкін болатын дәрілік өзара іс-қимылдарды, соның ішінде бауырдың бәсекеге қабілетті метаболизмінен туындайтын әрекеттесулерді ескеруге болады.

- Депрессияға қарсы монотерапияға төзімділігі бар барлық пациенттерге синергиялық тимоаналептикалық әсерге қол жеткізу үшін комплементарлық әсер ету механизмдері бар АД үйлесулерін пайдалана отырып, аралас терапия ұсынылады: ТЦА және СКҚСИ құрамдастыру; альфа-2-адренергиялық ауторецепторларды (мысалы, миртазапин, миансерин және т.б.) бұғаттайтын АД-мен моноаминдерді кері қармау ингибиторын біріктіру (СКҚСИ, СНКҚСИ немесе ТЦА) [31-48].

NB! Бұл стратегияның жағымсыз жақтарына қолданылатын препараттар арасындағы өзара әрекеттесу қаупінің жоғарылауын, жанама әсерлердің және одан жоғары экономикалық шығындардың күшеюін жатқызуға болады. Антигистаминдік жанама әсерлердің (салмақ қосу және шамадан тыс седация) және антихолинергиялық жанама әсерлердің (зейін концентрациясының төмендеуі және шатасу) пайда болу қаупі ең маңызды. Серотонин синдромының әлеуетті даму мүмкіндігінің салдарынан ИМАО-А-ны СКҚСИ және басқа серотониндік АД-мен (мысалы, кломипрамин, венлафаксин және т.б.) біріктіруден аулақ болу керек [31-48, 49-52].

- Депрессияға қарсы монотерапияға төзімділігі бар барлық пациенттерге ЕБАҚ әсерін күшейту ұсынылады: АД-ға кветиапин, арипипразол, оланзапин (флуоксетинмен бірге) және рисперидон немесе палиперидонды қосу [55-63].

NB! Кез келген ЕБАҚ қосылған кезде жанама әсерлердің жалпы саны, соның ішінде гиперпролактинемия, метаболикалық бұзылулар (дене салмағының артуы, дислипидемия, көмірсулар алмасуының бұзылуы), лейкопения, седация және ұйқышылдық, антихолинергиялық және экстрапирамидалық жанама әсерлер артады, бұл антидепрессанттармен бірге қолданғанда тәуекел/пайда қатынасын мұқият бағалауды талап етеді.

Терапевттік төзімді депрессияны емдеуде арипипразолдың ұсынылатын бастапқы дозасы тәулігіне 5 мг құрайды, содан кейін дозаны тәулігіне 15 мг-ға дейін арттыруға болады. Арипипразолды қолданғанда жиі кездесетін жағымсыз құбылыстар экстрапирамидалық бұзылулар, акатизия және салмақ қосу болып табылады.

Терапевттік төзімді депрессияны емдеуде кветиапиннің ұсынылатын бастапқы дозасы тәулігіне 50 мг құрайды, доза тәулігіне 100, 150, 300 мг дейін жоғарылауы мүмкін. Ең көп доза тәулігіне 600 мг-нан аспауы тиіс. Бұл жағдайда седация мен салмақ қосу мүмкіндігін ескеру қажет.

Флуоксетин әсерін күшейту мақсатында оланзапинді қолданған кезде ұсынылатын дозалар диапазоны тәулігіне 5-10 мг құрайды (оланзапинді медициналық қолдану жөніндегі нұсқаулықта препаратты қолданудың көрсетілген режимінен тыс 5 мг доза). Көбінесе салмақ қосу, седация және пролактиннің жоғарылауы сияқты жанама әсерлер пайда болады.

Рисперидонды немесе палиперидонды антидепрессант терапиясын

күшейту кезінде қолданған кезде ұсынылатын бастапқы доза тәулігіне 0,5 мг, ал дозалар диапазоны тәулігіне 0,25-3 мг құрайды. Гиперпролактинемия мен экстрапирамидалық бұзылулардың даму мүмкіндігін ескеру қажет.

- Депрессияға қарсы монотерапияға төзімділігі бар барлық пациенттерге ≥ 800 мг дозада (немесе сарысудағы литий концентрациясына $\geq 0,5$ мкмоль/л жету үшін жеткілікті дозада) литий тұздарымен (литий карбонатымен) АД әсерін күшейту ұсынылады. [9, 11, 12, 16, 39, 43, 44].

NB! Литий тұздарының тіпті азгантай дозаларының өзі (сарысудағы литий концентрациясы 0,5-0,8 ммоль/л) бірнеше күн ішінде науқастың жай-күйінің жақсаруына әкелуі мүмкін. Терапия курсы 2-4 аптадан аспайды, алайда әсерге жеткен жағдайда терапияны бірнеше ай бойы жалғастыру қажет. Литий тұздары постсинаптикалық мембрананың рецепторлық сезімталдығын өзгерте алады және серотониннің әсерін күшейтеді деп саналады. Тиімділік жағдайлары РДБ қате диагностикалаумен және науқастарда II типті БАБ немесе «жасырын биполярлықты» анықтамаумен байланысты екенін жоққа шығаруға болмайды. АД-ны литий тұздарымен мұқият біріктіру керек, өйткені арттырылған дозалар нейротоксикалық реакциялардың дамуына (миоклония, атаксия, қозу, шатасу), ал амин қышқылы L-триптофанмен (биологиялық белсенді қоспа) («нююкасл» немесе «серотонин» коктейлі) біріктірілгенде серотонинді неврологиялық синдромға әкелуі мүмкін. Сонымен қатар, литий тұздарымен емдеудегі жағымсыз құбылыстар кардиоуыттылық, нефроуыттылық, тиреоуыттылық және салмақ қосуды қамтиды. Тар терапевтік диапазонға байланысты қандағы литий концентрациясын үнемі бақылау талап етіледі.

- Депрессияға қарсы монотерапияға төзімділігі бар пациенттерге қосымша симптомдық көрсетілімдер болған кезде (мысалы, мазасыздық, фобиялар, ипохондриялық және психотикалық симптомдар) АД-ға сульпиридті қосуды қоса алғанда, ББАҚ әсерін күшейту ұсынылады [73-74].

- Депрессияға қарсы монотерапияға төзімділігі бар пациенттерге эпилепсияға қарсы препараттармен АД әсерін күшейту ұсынылады [70]:

- ламотриджинмен тәулігіне 200 мг дейін біртіндеп арттыра отырып, бастапқы дозада тәулігіне 25 мг;

- немесе карбамазепинмен тәулігіне 400-800 мг дозасында.

- Симптоматиканы тоқтату және ремиссияға қол жеткізу үшін ЕБАҚ монотерапиясы, нормотимиялық терапия немесе ЕБАҚ комбинациясы және нормотимиялық терапия тиімсіз болып шыққан, бұрын АД алмаған, аралас белгілері бар депрессиялық эпизоды бар пациенттерге АД-мен ЕБАҚ немесе флуоксетин және оланзапинмен немесе АД-мен нормотимиялық терапиямен біріктірілген терапия ұсынылады [9, 11-13, 30, 38, 41, 46, 48].

NB! Оланзапиннің флуоксетинмен комбинациясы артық салмақпен, семіздікпен немесе метаболикалық синдроммен ауыратын науқастарда сақтықпен қолданылуы тиіс. Оланзапин немесе рисперидонның карбамазепинмен үйлесуі олардың бауыр ферменттері деңгейіндегі интеркуррентті әсеріне байланысты көрсетілмеген.

- Антидепрессанттармен емдеу кезінде кемінде екі түрлі препаратқа жауап бермеген депрессиялық бұзылуды емдеуге төзімді пациенттерге Эскетамин (рацемиялық кетаминнің S-энантиомері) препараты (СКҚСИ немесе СНКҚСИ-мен бірге) ұсынылады [53-61, 72].

5.2.4. Психотикалық симптомдары бар депрессияны 4-ші кезеңде тоқтату терапиясы

Көрсетілген іс-шаралар тиімсіз болған жағдайда төзімділікті жеңу мақсатында төртінші кезеңге өтеді, ол сондай-ақ бірнеше опциялардан тұрады.

- Бірінші, екінші және үшінші кезеңдердің терапиясы тиімсіз болып шыққан терапиялық төзімділігі бар барлық пациенттерге психофармакотерапияны бір мезгілде тоқтату ұсынылады [35-52].

***NB!** Бір мезгілде тоқтату кезінде дәрілік препараттармен «қанықтыру» кезеңі максималды төзімділікке дейін (яғни, жанама әсерлер пайда болғанға дейін) ТЦА және антихолинэргиялық препараттардың дозаларын көбейтуді көздейді (кейде схемаға антипсихотикалық препарат қосылады) және 10-14 күнге созылады. Содан кейін терапияны бір уақытта тоқтату орындалады. Бас тарту әсерін күшейту үшін диуретиктер, көп ішу, тұзды ерітінді немесе плазмаферезді көктамыр ішіне құю қолданылады. Науқастардың жартысында депрессиялық симптомдардың сыни төмендеуі бас тарту кезеңінен кейін 5-10-шы күні болады. Осы кезеңде айқын соматовегетативтік бұзылуларды түзету үшін симптомдық құралдар мен анксиолитиктер – бензодиазепин туындылары тағайындалады.*

- Бірінші, екінші және үшінші кезеңдердің терапиясы тиімсіз болып шыққан терапиялық төзімділігі бар барлық пациенттерге Эскетамин (рацемиялық кетаминнің S-энантиомері) препараты (СКҚСИ немесе СНКҚСИ-мен бірге) ұсынылады [60-69].

- Бір мезгілде бас тартудан басқа, бұрын қолданылмаған III кезеңдегі күшейтудің немесе аралас терапияның басқа әдістерін, әсіресе A1-B2 ұсынымының дәрежесімен, сондай-ақ АД аугментациясының басқа дәрілік әдістерін қолдануға тырысуға болады.

- Бірінші, екінші және үшінші кезеңдердің терапиясы тиімсіз болып шыққан терапиялық төзімділігі бар барлық пациенттерге СКҚСИ-ды анксиолитикпен – азаспиродекандион туындысы – буспиронмен (5-HT1A рецепторларының ішінара агонисті) біріктіру ұсынылады.

• Негізгі дәрілік заттардың тізбесі (қолдану ықтималдығы 100%)

Дәрілік топ	ДЗ халықаралық патенттелмеген атауы	Қолдану тәсілі	Дәлелдемелік деңгейі
антидепрессант	Дулоксетин ^{2,3} , таблеткалар	Тәулігіне 60 мг ішке Бастапқы доза тәулігіне 1 рет 60 мг құрайды. Бүйрек (КК<30 мл/мин)	C

		және бауыр функциясының айқын бұзылуларымен: бастапқы доза тәулігіне 1 рет 30 мг құрауы тиіс. 18 жастан бастап.	
антидепрессант	Агомелатин ^{2,3} , таблеткалар	Тәулігіне 25-50 мг ішке x 1 рет кешке. 18 жастан бастап.	С
антидепрессант	Венлафаксин ^{1,2} , таблеткалар	Тәулігіне 37,5-150 мг ішке x 1 рет, доза тәулігіне 150 мг болғанда 2 рет қабылдау. 18 жастан бастап.	С
антидепрессант	Амитриптилин ^{2,3} , таблеткалар, ампулалар	Тәулігіне 25-100 мг ішке	С
антидепрессант	Сертралин ^{2,3} , таблеткалар	Тәулігіне 50-100 мг ішке 1-3 рет қабылдау. 18 жастан бастап.	С
антидепрессант	Флувоксамин ^{2,3} , таблеткалар	Тәулігіне 50-100 мг ішке түнде	С
антидепрессант	Миртазапин ^{1,2} , таблеткалар	Тәулігіне 15-30 мг ішке. 18 жастан бастап.	С
антидепрессант	Миансерин ^{1,2} , таблеткалар	Тәулігіне 30-90 мг ішке. 18 жастан бастап.	С
антидепрессант	Флуоксетин ^{1,2,4} , таблетки	Тәулігіне 20-60 мг ішке 1-3 рет. 18 жастан бастап.	С
антидепрессант	Тразодон ^{1,2} , таблеткалар	Тәулігіне 150-300 мг, ішке 3 рет қабылдау, тәуліктік дозаның негізгі бөлігін ұйқыға жатар алдында қабылдау ұсынылады.	С
антидепрессант	Эскетамин ^{1,2}	Индукция фазасы 1-4-апталар: 1-ші күні бастапқы доза: 56 мг Одан кейінгі дозалар: Аптасына 2 рет 56 мг немесе 84 мг Демеуші терапия фазасы 5-8-апталар: аптасына 1 рет 56 мг немесе 84 мг. 9-аптадан бастап: 2 аптада 1 рет немесе аптасына 1 рет 56 мг немесе 84 мг	В
нейролептик	Сультрипид ^{2,3} , таблеткалар, канеулалар	Тәулігіне 50-400 мг ішке сағ. 16:00-ге дейін 1-3 рет қабылдау. Жүктілік және баланы емізу кезінде мұқият қолдану. 18 жастан бастап.	С

нейролептик	Арипипразол², таблеткалар, канеулалар	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 10-30 мг ішке 1 рет қабылдау.	С
нормотимик	Ламотриджин, таблеткалар	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 50-150 мг ішке 1-3 рет қабылдау.	С
нормотимик	Карбамазепин¹, таблеткалар	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 100-600 мг ішке 1-3 рет қабылдау.	С
нормотимик	Литий карбонаты^{1,2}, таблеткалар	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 300-600 мг ішке 3-4 рет қабылдау.	С
нормотимик	Вальпрой қышқылы^{1,2}, таблеткалар, канеулалар	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 300-600 мг ішке 1-2 рет қабылдау үшін	С

Суицидтік белсенділік кезінде мұқият тағайындау – суицид қаупі!

¹ Жүктілік кезінде қарсы көрсетілген

² Бала емізу кезінде қарсы көрсетілген

³ Пайда ықтимал қауіпті ақтайтын болса, жүкті әйелдерге тағайындауға болады

⁴ Балаларда қолдану қауіпсіздігі анықталмаған.

• Қосымша дәрілік заттардың тізбесі (қолдану ықтималдығы 100%-дан аз)

Дәрілік топ	ДЗ халықаралық патенттелмеген атауы	Қолдану тәсілі	Дәлелдемелік деңгейі
нейролептик	Оланзапин^{2,3}, таблеткалар	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 5-10 мг ішке. 18 жастан бастап	С
нейролептик	Кветиапин^{2,3,4}, таблеткалар	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 25-50 мг ішке 1 рет қабылдау. 18 жастан бастап.	С
нейролептик	Палиперидон^{1,2}, таблеткалар	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 3-6 мг ішке 1 рет қабылдау.	С
нейролептик	Амисульприд^{2,3}, таблеткалар	Дозаларды жеке таңдау. Тәулігіне 50-600мг ішке 1-3 рет қабылдау.	С
нейролептик	Рисперидон^{2,3}, таблеткалар, ерітінді	Дозаларды жеке таңдау.	С
	Карипразин		С
	Буспирон*		С

¹ Жүктілік кезінде қарсы көрсетілген

² Бала емізу кезінде қарсы көрсетілген

³ Пайда ықтимал қауіпті ақтайтын болса, жүкті әйелдерге тағайындауға болады

⁴ Балаларда қолдану қауіпсіздігі анықталмаған.

5.4 Хирургиялық араласу: жоқ.

5.5 Одан әрі басқару:

- Комплаенсті қалыптастыру және нығайту
- Емдеу барысын ұдайы қадағалау
- Препаратты қолдануды тоқтату
- Психикалық білім беру
- Медициналық-әлеуметтік оңалту.

5.6 Хаттамада сипатталған диагностикалау және емдеу әдістерінің емдеу тиімділігі мен қауіпсіздігінің индикаторлары:

- депрессияны бағалау үшін Гамильтон шкаласы бойынша симптоматиканың көрінуі 12-ден аспайды;
- психопатологиялық бұзылулардың психотикалық емес деңгейі;
- амбулаториялық кезеңде пациенттің терапиясына комплаенттілік.

6 ХАТТАМАНЫҢ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ:

6.1 Біліктілік деректерін көрсете отырып, хаттаманы әзірлеушілердің тізімі:

1) Алтынбеков Қуаныш Сағатұлы – м.ғ.д., психиатр дәрігер, ҚР ДСМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК бас директоры.

2) Абетова Айгулим Абдурасуловна – м.ғ.к., ҚР ДСМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК менеджмент және білім беру бөлімінің басшысы, жоғары біліктілік санатына ие психиатр дәрігер.

3) Жусупова Эльмира Темержановна – м.ғ.к., психиатр дәрігер, «С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті» КеАҚ психиатрия, психотерапия және наркология кафедрасының доценті.

4) Сатбаева Эльмира Маратовна – м.ғ.к., клиникалық фармаколог, «С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті» КеАҚ фармакология кафедрасының меңгерушісі.

6.2 Мүдделер қақтығысының болмауын көрсету: жоқ.

6.3 Рецензенттер:

- Калиева Жанар Джаханшаевна, жоғары біліктілік санатына ие психиатр дәрігер, м.ғ.к., «С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті» КеАҚ Г.И.Зальцман атындағы психиатрия және наркология кафедрасының доценті.

6.4 Хаттаманы қайта қарау шарттарын көрсету: хаттама жарияланғаннан кейін 5 жыл өткен соң және ол күшіне енген күннен бастап немесе дәлелділік деңгейі бар жаңа әдістер болған кезде қайта қарау.

6.5 Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. «Психиатрия мен наркологиядағы аурулардың жіктелуі». Дәрігерлерге арналған оқу құралы (Класс V МКБ-10) / М.М.Милевскийдің ред. - М.: «Триада-Х» баспасы. - 2009. – 184 бет. <https://mkb-10.com/index.php?pid=4001>.

2. Психикалық және мінез-құлықтық бұзылулардың жіктелуі. Диагностикалау бойынша клиникалық сипаттамалар және нұсқаулар. / Ю.Л.Нуллер және С.Ю.Циркиннің ред. - СПб.: Оверлайд. - 1994. – 303 бет. – 222-б.

3. «Денсаулық сақтау саласындағы мамандықтар мен мамандандырулар номенклатурасын, денсаулық сақтау қызметкерлері лауазымдарының номенклатурасы мен біліктілік сипаттамаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 21 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-305/2020 бұйрығы, <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021856>

4. Мазо Г.Э., Н.Г. Незнанов. Депрессиялық бұзылу. Мәскеу: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 112 б. («Дәрігер маманның кітапханасы» сериясы). - ISBN 978-5-9704-5038-3. - Мәтін: электрондық // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450383.html>

5. Краснов В.Н. Рекуррентті депрессиялық бұзылу. // Психиатрия: ұлттық нұсқаулық / бас ред.: Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. - 2-ші бас., өңдел. және толық. — М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2018. – 633-703-б.

6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, (APA) – Arlington, VA - American Psychiatric Publishing, 2013. — 992 p. —ISBN-978-0-89042-554-1. DOI-<https://doi.org/10.1176/APPLBOOKS.9780890425596>

7. Inoue T, Inagaki Y, Kimura T, Shirakawa O. Prevalence and predictors of bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the Japanese epidemiological trial with latest measure of bipolar disorder (JET-LMBP). J Affect Disord. 2015. 174:535–541.

8. Rihmer Z, Do€me P. Major mood disorders and suicidal behaviour. In: O’Connor R, Pirkis J editors. The inter- national handbook of suicide prevention. Chichester (UK): John Wiley & Sons: (2016) p. 74–92.

9. Verdolini N, Hidalgo-Mazzei D, Murru A, Pacchiarotti I, Samalin L, Young AH, Vieta E, Carvalho AF. Mixed states in bipolar and major depressive disorders: systematic review and quality appraisal of guidelines. Acta Psychiatr Scand. 2018 Sep;138(3):196-222.

10. Mosolov S., Ushkalova A., Kostukova E. et al. Bipolar II disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression. Bipolar Disorders 2014; 16 (4): 389-399.

11. Faedda GL, Marangoni C, Reginaldi D. Depressive mixed states: a reappraisal of Koukopoulos' criteria. *J Affect Disord.* 2015; 176: 18–23.
12. Sani G, Napoletano F, Vohringer PA, et al. Mixed depression: clinical features and predictors of its onset associated with antidepressant use. *Psychother Psychosom.* 2014; 83(4): 213–221.
13. Stahl S., Morrissette D., Faedda G., Fava M., Goldberg J., Keck P. McIntyre R. Guidelines for the recognition and management of mixed depression. *CNS Spectrums*, 2017, 22(2), 203-219.
14. Jiang X, Wang X, Jia L, Sun T, Kang J, Zhou Y, Wei S, Wu F, Kong L, Wang F, Tang Y. Structural and functional alterations in untreated patients with major depressive disorder and bipolar disorder experiencing first depressive episode: A magnetic resonance imaging study combined with follow-up. *J Affect Disord.* 2020; 279:324-333.
15. Ganz J. B. et al. Interaction of participant characteristics and type of AAC with individuals with ASD: A meta-analysis // *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities.* – 2014. – № 6 (119). – С. 516–535.
16. mhGAP жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулық: психикалық денсаулық саласындағы олқылықтарды жою жөніндегі іс-қимыл бағдарламасы (mhGAP)». Копенгаген: Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы, Еуропа өңірлік бюросы; 2018 ж. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
17. Қазақстан Республикасының мамандандырылмаған медициналық мекемелерінің мамандарына арналған психикалық денсаулық сақтау жөніндегі нұсқаулық. Абетова А.А., Сычугова Н.С., Жақубекова Д.Б. - 2021. – 116 бет. <https://cesdrr.org/uploads/dev/22.11.2021>.
18. Алексеева Д.Н., Ларских М.В. Патопсихологиялық тексеру психиатр дәрігердің диагностикалық құралы ретінде. *Медицинаның қолданбалы ақпараттық аспектілері.* 2014. Т. 17. № 1. 8-13-б.
19. «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының Кодексі, 2020 жылғы 7 шілде, <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>
20. «Психикалық денсаулық сақтау саласында медициналық-әлеуметтік көмек көрсетудің кейбір мәселелері туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 25 қарашадағы № ҚР ДСМ-203/2020 бұйрығы. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021680>
21. «Қазақстан Республикасының халқына психикалық денсаулық саласында медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 30 қарашадағы № ҚР ДСМ-224/2020 бұйрығы. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021712>
22. Maurer D.M., Raymond T.J., Davis B.N. Depression: screening and diagnosis. *Am Fam Physician.* 2018; 98(8):508-515.
23. Wang Y, Zhang H, Tang S, Liu X, O'Neil A, Turner A, Chai F, Chen F, Berk M. Assessing regional cerebral blood flow in depression using 320-slice computed tomography. *PLoS One.* 2014;9(9):e107735.

24. Olbrich S, Arns M. EEG biomarkers in major depressive disorder: discriminative power and prediction of treatment response. *Int Rev Psychiatry*. 2013;25(5):604-18.

25. Virtanen M., Ferrie J.E., Akbaraly T. et al. Metabolic Syndrome and Symptom Resolution in Depression: A 5-Year Follow-Up of Older Adults. *J Clin Psychiatry*. 2017;78(1): e1- e7.

26. Куташов В.А., Припутневич Д.Н., Саблина Л.А., Склярова А.В. Гипотиреозбен ауыратын адамдар арасында депрессиялық бұзылулардың таралуы. // Медицинаның қолданбалы ақпараттық аспектілері. - 2014. - Т. 17. - №1. - 85-86-б.

27. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013 May;147(1-3):17-28.

28. Aydin O, Unal Aydin P, Arslan A. Development of Neuroimaging-Based Biomarkers in Psychiatry. *Adv Exp Med Biol*. 2019; 1192: 159-195.

29. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ//Психиатрия: национальное руководство / гл. ред.: Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. - 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2018. – С.1344-1401.

30. Goldberg JF. Mixed depression: a farewell to differential diagnosis? *J Clin Psychiatry*. 2015; 76(3): e378–e380.

31. Психиатрия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник /Сост. А.И.Муртазин. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 672 с. - DOI: 10.33029/9704-5526-5-2020-PSI-1-671.

32. Cooper TE, Heathcote LC, Clinch J, Gold JJ, Howard R, Lord SM, Schechter N, Wood C, Wiffen PJ. Antidepressants for chronic non-cancer pain in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 8. Art. No.: CD012535. DOI: 10.1002/14651858.CD012535.pub2.

33. Rogers S. J. et al. A multisite randomized controlled two-phase trial of the early start Denver model compared to treatment as usual // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2019. – № 9 (58). – С. 853–865.

34. Santoft F, Axelsson E, Öst LG, Hedman-Lagerlöf M, Fust J, Hedman-Lagerlöf E. Cognitive behaviour therapy for depression in primary care: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49(8):1266-1274.

35. Bjorklund L, Horsdal HT, Mors O, Ostergaard SD, Gasse C. Trends in the psychopharmacological treatment of bipolar disorder: a nationwide register-based study. *Acta Neuropsychiatr*. 2016; 28(2): 75–84.

36. Cerullo MA, Strakowski SM. A systematic review of the evidence for the treatment of acute depression in bipolar I disorder. *CNS Spectr*. 2013; 18(4): 199–208.

37. Cleare A, Pariante CM, Young AH, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol*. 2015. 29(5):

459–525.

38. Sani G, Napoletano F, Vöhringer PA, Sullivan M, Simonetti A, Koukopoulos A, Danese E, Girardi P, Ghaemi N. Mixed depression: clinical features and predictors of its onset associated with antidepressant use. *Psychother Psychosom.* 2014;83(4):213-21.

39. Rihmer Z, Dome P, Gonda X. Antidepressant response and subthreshold bipolarity in unipolar major depressive disorder: implications for practice and drug research. *J Clin Psychopharmacol.* 2013. 33:449–452.

40. Patel R, Reiss P, Shetty H, et al. Do antidepressants increase the risk of mania and bipolar disorder in people with depression? A retrospective electronic case register cohort study. *BMJ Open.* 2015; 5(12): e008341.

41. Barbuti M., Pacchiarotti I., Vieta E., Azorin J.M., Angst J., Bowden C.L., Mosolov S., Young A.H., Perugi G. 2017. Antidepressant-induced hypomania/mania in patients with major depression: evidence from the BRIDGE-II-MIX study. *J Affect Disord.* 2019:187–192.

42. Dold M, Bartova L, Rupprecht R, Kasper S. Dose Escalation of Antidepressants in Unipolar Depression: A Meta-Analysis of Double-Blind, Randomized Controlled Trials. *Psychother Psychosom.* 2017;86(5):283-291.

43. Bschor T, Kern H, Henssler J, Baethge C. Switching the Antidepressant After Nonresponse in Adults With Major Depression: A Systematic Literature Search and Meta- Analysis. *J Clin Psychiatry.* 2018;79(1):16r10749

44. Kudlow PA, McIntyre RS, Lam RW. Early switching strategies in antidepressant non-responders: current evidence and future research directions. *CNS Drugs.* 2014 Jul;28(7):601- 9.

45. Boyce P, Hopwood M, Morris G, Hamilton A, Bassett D, Baune BT, Mulder R, Porter R, Parker G, Singh AB, Outhred T, Das P, Malhi GS. Switching antidepressants in the treatment of major depression: When, how and what to switch to? *J Affect Disord.* 2020 Jan 15;261:160-163.

46. Shim IH, Bahk WM, Woo YS, Yoon BH. Pharmacological Treatment of Major Depressive Episodes with Mixed Features: A Systematic Review. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2018;16(4):376-382.

47. Rocha FL, Fuzikawa C, Riera R, Hara C. Combination of antidepressants in the treatment of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol.* 2012 Apr;32(2):278-81.

48. Shim IH, Bahk WM, Woo YS, Yoon BH. Pharmacological Treatment of Major Depressive Episodes with Mixed Features: A Systematic Review. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2018;16(4):376-382.

49. Hieronymus F, Emilsson JF, Nilsson S, Eriksson E. Consistent superiority of selective serotonin reuptake inhibitors over placebo in reducing depressed mood in patients with major depression. *Mol Psychiatry.* 2016;21(4):523-30.

50. Kasper S, Corruble E, Hale A, Lemoine P, Montgomery SA, Quera-Salva MA. Antidepressant efficacy of agomelatine versus SSRI/SNRI: results from a pooled analysis of head- to-head studies without a placebo control. *Int Clin Psychopharmacol.* 2013;28(1):12-9.

51. Guaiana G, Gupta S, Chiodo D, Davies SJ, Haederle K, Koesters M. Agomelatine versus other antidepressive agents for major depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(12):CD008851.

52. Koesters M, Ostuzzi G, Guaiana G, Breilmann J, Barbui C. Vortioxetine for depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jul 5;7(7):CD011520

53. Jaskaran B. Singh, M.D., Maggie Fedgchin, Pharm.D., Ella J. Daly, M.D., Peter De Boer, Ph.D., Kimberly Cooper, M.S., Pilar Lim, Ph.D., Christine Pinter, M.S., James W. Murrough, M.D., Gerard Sanacora, M.D., Richard C. Shelton, M.D., Benji Kurian, M.D., Andrew Winokur, M.D., Maurizio Fava, M.D., Husseini Manji, M.D., Wayne C. Drevets, M.D., Luc Van Nueten, M.D. A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled, Dose-Frequency Study of Intravenous Ketamine in Patients With Treatment-Resistant Depression *Am J Psychiatry* 2016; 173:816–826; doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16010037

54. Results of a Randomized, Double-Blind, Active-Controlled Study (transform-1)/ Maggie Fedgchin, Madhukar Trivedi, Ella J. Daly, Rama Melkote, Rosanne Lane, Pilar Lim, Dawn Vitagliano, Pierre Blier, Maurizio Fava, Michael Liebowitz, Arun Ravindran, Raphael Gaillard, Hans van den Aemele, Sheldon Preskorn, Husseini Manji, David Hough, Wayne C. Drevets, Jaskaran B. Singh. Efficacy and Safety of Fixed-Dose Esketamine Nasal Spray Combined With a New Oral Antidepressant in Treatment-Resistant Depression: *International Journal of Neuropsychopharmacology* (2019) 22(10): 616–630/ doi:10.1093/ijnp/pyz039 Advance Access Publication July 10, 2019 Regular Research Article

55. A Randomized Double-Blind Active-Controlled Study Vanina Popova, M.D., Ella J. Daly, M.D., Madhukar Trivedi, M.D., Kimberly Cooper, M.S., Rosanne Lane, M.A.S., Pilar Lim, Ph.D., Christine Mazzucco, M.Sc., David Hough, M.D., Michael E. Thase, M.D., Richard C. Shelton, M.D., Patricio Molero, M.D., Ph.D., Eduard Vieta, M.D., Ph.D., Malek Bajbouj, M.D., Husseini Manji, M.D., Wayne C. Drevets, M.D., Jaskaran B. Singh, M.D. Efficacy and Safety of Flexibly Dosed Esketamine Nasal Spray Combined With a Newly Initiated Oral Antidepressant in Treatment-Resistant Depression: *AJP in Advance* (doi: 10.1176/appi.ajp.2019.19020172)

56. Carla M. Canuso, M.D., Jaskaran B. Singh, M.D., Maggie Fedgchin, Pharm.D., Larry Alphas, M.D., Ph.D., Rosanne Lane, M.A.S., Pilar Lim, Ph.D., Christine Pinter, M.S., David Hough, M.D., Gerard Sanacora, M.D., Ph.D., Husseini Manji, M.D., Wayne C. Drevets, M.D. Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine for the Rapid Reduction of Symptoms of Depression and Suicidality in Patients at Imminent Risk for Suicide: Results of a Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. *AJP in Advance* (doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17060720)

57. Ella J. Daly, MD; Madhukar H. Trivedi, MD; Adam Janik, MD; Honglan Li, MD, PhD; Yun Zhang, PhD; Xiang Li, PhD; Rosanne Lane, MAS; Pilar Lim, PhD; Anna R. Duca, BSN; David Hough, MD; Michael E. Thase, MD; John Zajecka, MD; Andrew Winokur, MD, PhD; Ilona Divacka, MBA, MD Andrea Fagiolini, MD; Wiesław J. Cubała, MD, PhD; István Bitter, MD, PhD; Pierre Blier, MD, PhD; Richard C. Shelton, MD; Patricio Molero, MD, PhD; Husseini Manji,

MD; Wayne C. Drevets, MD; Jaskaran B. Singh, MD. Efficacy of Esketamine Nasal Spray Plus Oral Antidepressant Treatment for Relapse Prevention in Patients With Treatment-Resistant Depression A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(9):893-903. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.1189

58. Wajs E, Aluisio L, Holder R, et al. Esketamine nasal spray plus oral antidepressant in patients with treatment resistant depression: assessment of longterm safety in a phase 3, open-label study (SUSTAIN-2). *J Clin Psychiatry*. 2020;81(3):19m12891. <https://doi.org/10.4088/JCP.19m12891>

59. Eva G. Katz1, David Hough, Teodora Doherty, Rosanne Lane, Jaskaran Singh and Bennett Levitan. Benefit–Risk Assessment of Esketamine Nasal Spray vs. Placebo in Treatment-Resistant Depression. *Clinical Pharmacology & therapeutics* | volume 109 number 2 | February 2021. 536-546 P.

60. A Randomized Clinical Trial. Ella J. Daly, MD; Jaskaran B. Singh, MD; Maggie Fedgchin, PharmD; Kimberly Cooper, MS; Pilar Lim, PhD; Richard C. Shelton, MD; Michael E. Thase, MD; Andrew Winokur, MD, PhD; Luc Van Nueten, MD; Hussein Manji, MD, FRCPC; Wayne C. Drevets, MD. Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine Adjunctive to Oral Antidepressant Therapy in Treatment-Resistant Depression. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(2):139-148. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.3739 Published online December 27, 2017

61. Jaskaran B. Singh, Maggie Fedgchin, Ella Daly, Liwen Xi, Caroline Melman, Geert De Bruecker, Andre Tadic, Pascal Sienaert, Frank Wiegand, Hussein Manji, Wayne C. Drevets, and Luc Van Nueten. Intravenous Esketamine in Adult Treatment-Resistant Depression: A Double-Blind, Double-Randomization, Placebo-Controlled Study. *Biological Psychiatry* September 15, 2016; 80:424–431 www.sobp.org/journal.

62. Goh KK, Chen CH, Chiu YH, Lu ML. Lamotrigine augmentation in treatment-resistant unipolar depression: A comprehensive meta-analysis of efficacy and safety. *J Psychopharmacol*. 2019;33(6):700-713.

63. Zhou X, Keitner GI, Qin B, Ravindran AV, Bauer M, Del Giovane C, Zhao J, Liu Y, Fang Y, Zhang Y, Xie P. Atypical Antipsychotic Augmentation for Treatment-Resistant Depression: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2015;18(11):pyv060.

64. Tohen M, Kanba S, McIntyre RS, Fujikoshi S, Katagiri H. Efficacy of olanzapine monotherapy in the treatment of bipolar depression with mixed features. *J Affect Disord*. 2014; 164: 57–62.

65. Earley W, Burgess MV, Rekedal L, Dickinson R, Szatmári B, Németh G, McIntyre RS, Sachs GS, Yatham LN. Cariprazine Treatment of Bipolar Depression: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Phase 3 Study. *Am J Psychiatry*. 2019 Jun 1;176(6):439-448.

66. Yatham LN, Vieta E, McIntyre RS, Jain R, Patel M, Earley W. Broad Efficacy of Cariprazine on Depressive Symptoms in Bipolar Disorder and the Clinical Implications. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2020 Sep 17;22(5):20m02611.

67. Kamijima K. et al. Aripiprazole augmentation to antidepressant therapy in

Japanese patients with major depressive disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study (ADMIRE study) //Journal of affective disorders. – 2013. – Т. 151. – №. 3. – С. 899-905.

68. Fei-Wen Yang, Chih-Sung Liang. Paliperidone Augmentation for Treatment-Resistant Depression. Journal of Clinical Psychopharmacology. Volume 31, Number 2, April 2011.

69. Dong-Jing Fu, Ibrahim Turkoz, Cynthia A. Bossie, Hiren Patel, Larry Alphs. Rapid onset of treatment effects on psychosis, depression, and mania in patients with acute exacerbation of schizoaffective disorder following treatment with oral extended-release paliperidone. Journal of Affective Disorders. 193 (2016), 381-390.

70. Craig Nelson, Peter P Roy-Byrne, David Solomon. Unipolar depression in adults: Treatment with second generation antipsychotics. UpToDate www.uptodate.com. All Rights Reserved. 3/30/2023 – P. 32

71. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, et al. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. American Psychiatric Association 2020. Available at: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines> (Accessed on March 24, 2020).

72. Esketamine nasal spray for treatment-resistant depression. Technology appraisal guidance [TA854] Published: 14 December 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/TA854/chapter/1-Recommendations>.

73. Ястребов Д.В. Атипичные антипсихотические препаратов группы замещённых бензамидов: тиаприд, сульприд и амисульприд. Особенности фармакологического действия и клинического применения // Социальная и клиническая психиатрия. — 2015. — Т. 25, № 3. — С. 72—79.

74. Завьялова Н. Е. Возможности применения сульприда в терапии непсихотических депрессивных расстройств в рамках инволюционной истерии. Социальная и клиническая психиатрия. 2013, т. 23, № 2. С.50-56.

75. Katie Pigott, Paria Galizia, Kamini Vasudev, Stuart Watson, John Geddes, Allan H Young. Topiramate for acute affective episodes in bipolar disorder in adults. Review. 2016 Sep 03. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003384.pub3>. <https://www.cochranelibrary.com/>.

**1-қосымша: Колумбиялық суицидтік ниеттің ауырлығы шкаласы
(ағылш. Columbia Suicide Severity Rating Scale)**

СУИЦИДТІК ОЙЛАУ		Өмір уақыты: ол өзін суицидке ең бейім сезінген уақыт	Соңғы ___ айда
<p>1 және 2-сұрақтар қойыңыз. Егер екі жауап та теріс болса, « Суицидтік мінез-құлық » бөліміне өтіңіз. Егер 2-сұраққа жауап «Иә» болса, 3, 4 және 5-сұрақтарды қойыңыз. Егер 1 және/немесе 2-сұраққа жауап «Иә» болса, төмендегі «Ойлау қарқындылығы» бөлімін толтырыңыз.</p>			
<p>1. Өлуді қалау Пациент өлуге немесе енді тірі болмауға немесе ұйықтап, оянбауға деген ұмтылысқа қатысты ойларды растайды. Сізге өлуге немесе ұйықтап, оянбауға деген ниет болды ма?</p> <p>Егер бар болса, сипаттаңыз:</p>		<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Суицид туралы нақты емес белсенді ойлар Бағалау кезеңінде өзін-өзі өлтіру тәсілдері / олармен байланысты тәсілдер, ниет немесе жоспар туралы ойларсыз өз-өзіне қол жұмсау / өзін-өзі өлтіруді қалау туралы жалпы, нақты емес ойлар (мысалы, «Мен өзімді өлтіру туралы ойладым»).</p> <p>Сізге өзіңізді өлтіру туралы ойлар болды ма?</p> <p>Егер бар болса, сипаттаңыз:</p>		<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Әрекет ету ниеті болмаған кезде кез келген тәсілмен (жоспарсыз) белсенді суицидтік ойлау Пациент суицид туралы ойларды растайды және бағалауды жүргізу кезеңінде кемінде бір әдісті ойлап тапты. Бұл белгілі бір жоспардан уақытты, орынды немесе әдісті пысықтаумен ерекшеленеді (мысалы, суицид әдісі туралы ойлар бар, бірақ нақты жоспар жоқ). Мынаны айта алатын адамды қамтиды: «Мен артық дозалану туралы ойладым, бірақ мен оны қашан, қайда немесе қалай жасауға болатыны туралы нақты жоспарды ешқашан ойлаған емеспін ... және мен ешқашан істі соңына дейін жеткізбес едім».</p> <p>Сіз мұны қалай жасауға болатынын ойладыңыз ба?</p> <p>Егер бар болса, сипаттаңыз:</p>		<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Белгілі бір жоспарсыз әрекет ету ниеті болған кезде белсенді суицидтік ойлау Өз-өзіне қол жұмсау туралы белсенді суицидтік ойлар және пациенттің «Менің ойларым бар, бірақ мен бұған байланысты расында ештеңе жасамаймын» деген жағдайынан айырмашылығы, пациент осындай ойларға сәйкес әрекет ету ниеті туралы хабарлайды.</p> <p>Сіз осындай ойлар болды ма және оларды жүзеге асыруға ниетіңіз болды ма?</p> <p>Егер бар болса, сипаттаңыз:</p>		<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Нақты жоспар және ниеті бар белсенді суицидтік ойлау Жоспардың толық немесе ішінара егжей-тегжейлері бар суицид туралы ойлар және пациенттің оны жүзеге асыруға ниеті бар.</p> <p>Сіз өзіне-өзі қол жұмсаудың егжей-тегжейлі жоспарын жасай бастадыңыз ба немесе жасадыңыз ба?</p> <p>Сіз бұл жоспарды жүзеге асырғыңыз келеді ме?</p> <p>Егер бар болса, сипаттаңыз:</p>		<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
ОЙЛАУ ҚАРҚЫНДЫЛЫҒЫ			
<p>Келесі сипаттамаларды ойлаудың ең ауыр түріне сәйкес бағалау қажет (яғни, жоғарыда айтылғандай 1-ден 5-ке дейін; бұл жағдайда 1 – көрінудің ең аз дәрежесі, ал 5 – көрінудің ең ауыр дәрежесі). Ол өзін-өзі өлтіруге ең бейім сезінген уақыт туралы сұраңыз.</p> <p>Өмір уақыты – ең ауыр ойлау дәрежесі: _____ Тип № (1-5) _____ Ойлау сипаттамасы _____</p> <p>Соңғы X ай – ең ауыр ойлау дәрежесі: _____ Тип № (1-5) _____ Ойлау сипаттамасы _____</p>		<p>Ең ауыр дәреже</p>	<p>Ең ауыр дәреже</p>
<p>Жиілігі Бұл туралы қанша рет ойладыңыз?</p> <p>(1) Аптасына бір реттен сирек (2) Аптасына бір рет (3) Аптасына 2-5 рет (4) Күн сайын немесе күн сайын дерлік (5) Күн сайын көп рет</p>		<p>_____</p>	<p>_____</p>

<p>Ұзақтығы Сізде осындай ойлар болған кезде олар қаншалықты ұзақ болды?</p> <p>(1) Өткінші – бірнеше секунд немесе минут (4) 4-8 сағат / күннің көп бөлігі (2) Кемінде 1 сағат / бірнеше уақыт (5) 8 сағаттан астам / тұрақты немесе үздіксіз (3) 1-4 сағат / көп уақыт</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>Басқару Егер бұл туралы ойлағыңыз келмесе, өзіне-өзі қол жұмсау немесе өлгіңіз келетін нәрсе туралы ойлауды тоқтата алдыңыз/тоқтата аласыз ба?</p> <p>(1) Ойларды оңай бақылай алады (4) Ойларды үлкен қиындықтармен бақылай алады (2) Ойларды кішкене қиындықтармен бақылай алады (5) Ойларды бақылай алмайды (3) Ойларды кейбір қиындықтармен бақылай алады (0) Ойларды бақылауға тырыспайды</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>Тежеуші факторлар Сізге өлу ниетін немесе өз-өзіне қол жұмсау туралы ойларды жүзеге асыруға кедергі келтіретін біреу немесе бірдеңе (мысалы, отбасы, дін, өлімге әкелетін ауырсыну) бар ма?</p> <p>(1) Әрине, тежеуші факторлар Сізді өз-өзіне қол жұмсауға тырысуды тоқтатты (4) Мүмкін, тежеуші факторлар Сізді тоқтатпады (2) Тежеуші факторлар Сізді тоқтатқан шығар (5) Әрине, тежеуші факторлар Сізді тоқтатпады (3) Тежеуші факторлар Сізді тоқтатқанына сенімді емессіз (0) Қолданылмайды</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>Суицидтік ойлау себептері Сізді өлуге немесе өз-өзіне қол жұмсауға деген ұмтылыс туралы ойлауға мәжбүр еткен себептер қандай болды? Бұл ауырсынуды тоқтатуға немесе сезінген нәрсені тоқтатуға байланысты себептер болды ма (басқаша айтқанда, сіз бұл азаппен немесе сезінген нәрсемен өмір сүре алмадыңыз) немесе олар назар аударуға, кек алуға немесе басқа адамдардың реакциясын тудыруға байланысты болды ма? Немесе бұл екі себеп пе?</p> <p>(1) Толығымен назар аудару, кек алу немесе басқа адамдардың реакциясын тудыру үшін (4) Көбінесе ауырсынуды аяқтау/тоқтату үшін (Сіз ауырсынумен немесе сезінген нәрсемен өмір сүре алмадыңыз) (2) Көбірек назар аудару, кек алу немесе басқа адамдардың реакциясын тудыру үшін (5) Толығымен ауырсынуды аяқтау/тоқтату үшін (Сіз ауырсынумен немесе сезінген нәрсемен өмір сүруді жалғастыра алмадыңыз) (3) Тең дәрежеде, басқа адамдардың назарын аудару, кек алу немесе реакция тудыру, сондай-ақ ауырсынуды аяқтау/тоқтату үшін (0) Қолданылмайды</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>

<p>СУИЦИДТІК МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ (Егер олар жеке құбылыстар болса, барлық сәйкес келетін нұсқаларды белгілеңіз; барлық түрлері туралы сұрау керек)</p>	<p>Өмір уақыты</p>	<p>Соңғы жыл</p>
<p>Нақты әрекет: Әрекет нәтижесінде өлуге деген ұмтылыспен жасалған ықтимал өзін-өзі жарақаттайтын әрекет. Мінез-құлық ішінара өзіне-өзі қол жұмсау әдісі ретінде қарастырылды. Бұл 100% ниет болуы міндетті емес. Егер бұл әрекетке байланысты қандай да бір ниет / тілек болса, онда оны өз-өзіне қол жұмсау әрекеті ретінде қарастыруға болады. Ешқандай жарақат немесе зиян келтірілмеуі тиіс, тек жарақат алу немесе зиян келтіру мүмкіндігі. Егер адам мылтықты аузына салу арқылы мылтықтың тартпасын басса, бірақ мылтық сынған болса және жарақат алмаса, бұл әрекет деп саналады. Болжалды ниет: адам өлу ниетін/тілегін жоққа шығарса да, оны мінез-құлық немесе жағдайлар негізінде клиникалық түрде болжауға болады. Мысалы, өлім ықтималдығы жоғары әрекет, бұл апат болуы мүмкін емес, сондықтан суицидтен басқа ниет жоқ (мысалы, бас ату, биік қабаттағы терезеден секіру). Сонымен қатар, егер пациент өлу ниетін жоққа шығарса, бірақ оның жасаған әрекеті өлімге әкелуі мүмкін деп ойласа, онда оның ниеті бар деп болжауға болады. Сіз өз-өзіне қол жұмсау әрекетін жасадыңыз ба? Сіз өзіңізге зиян келтіру үшін бірдеңе жасадыңыз ба? Сіз нәтижесінде өлуіңіз мүмкін қауіпті нәрсе жасадыңыз ба? Сіз не істедіңіз? Сіз _____ арқылы өз-өзіне қол жұмсадыңыз ба? Сіз _____ болған кезде өлгіңіз келді ме (тіпті аздап)? Сіз _____ болған кезде өзіңізді өлтіруге тырыстыңыз ба? Немесе сіз _____ - дан өлуіңіз мүмкін деп ойладыңыз ба? Немесе Сіз мұны мүлдем басқа мақсатпен / өз-өзіне қол жұмсау НИЕТІ ЖОҚ (мысалы, стрессті жеңілдету, өзіңізді жақсы сезіну, жанашырлық таныту немесе басқа мақсатпен) жасадыңыз ба? (Суицидтік ниеті жоқ өзін-өзі жарақаттайтын мінез-құлық) Егер бар болса, сипаттаңыз: Пациент суицидтік емес өзін-өзі жарақаттайтын мінез құлыққа тартылды ма?</p>	<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Әрекеттердің жалпы саны _____</p> <p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Әрекеттердің жалпы саны _____</p> <p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

<p>Үзілген әрекет: адамға ықтимал өзін-өзі жарақаттайтын әрекетті бастауға (сыртқы жағдайлар) рұқсат етілмеген кезде (<i>егер ол болмаса, онда нақты әрекет жасалуы мүмкін еді</i>)</p> <p>Артық дозалану: қолындағы адам таблеткаларды ұстайды, бірақ оларды жұтуға кедергі болды. Ол кем дегенде бір таблетканы жұтып қойғаннан кейін, бұл үзіліс емес, әрекет болады. Ату: адам мылтықты өзіне бағыттады, қаруды басқа адам алды немесе бірдене оған триггерді басуға мүмкіндік бермеді. Ол триггерді тартқаннан кейін, тіпті мылтық атылмаса да, бұл әрекет деп саналады. Секіру: адам секіруге дайын, оны ұстап алып, ғимараттың карнизінен алып тастады. Ілу: ер адам мойнына ілмек киді, бірақ әлі ілінбеді — бұған кедергі болды.</p> <p>Сіз өзіңізді өлтіру үшін бірдеңе жасай бастаған кездеріңіз болды ма, бірақ Сіз бірдеңе жасамас бұрын біреу немесе бір нәрсе Сізді тоқтатты ма? Егер бар болса, сипаттаңыз:</p>	<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Үзілген әрекеттердің жалпы саны _____</p>	<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Үзілген әрекеттердің жалпы саны _____</p>
<p>Аяқталмаған әрекет: Адам өз-өзіне қол жұмсау әрекетін жасауға байланысты қадамдар жасай бастағанда, бірақ өзін-өзі бұзатын мінез-құлық жасамас бұрын өзін-өзі тоқтатады. Мысалдар үзілген әрекеттерге ұқсас, тек адам оны тоқтатудың орнына өзін тоқтатады.</p> <p>Сіз өзіңізді өлтіру үшін бірдеңе жасай бастадыңыз ба, бірақ іс жүзінде бірдеңе жасамас бұрын өзіңізді тоқтаттыңыз ба? Егер бар болса, сипаттаңыз:</p>	<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Аяқталмаған әрекеттердің жалпы саны _____</p>	<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Аяқталмаған әрекеттердің жалпы саны _____</p>

<p>Дайындық әрекеттері немесе мінез-құлық Әрекет ету немесе сөзсіз суицид әрекетіне дайындық. Вербализациядан немесе ойдан тыс кез келген нәрсені қамтуы мүмкін, мысалы, белгілі бір әдісті жасау (мысалы, таблетка сатып алу, қару сатып алу) немесе өзін-өзі өлтіруге дайындық (мысалы, заттарды беру, суицид туралы жазба жазу).</p> <p>Сіз өз-өзіне қол жұмсауға немесе өз-өзіне қол жұмсауға дайындалуға қатысты қандай да бір қадамдар жасадыңыз ба (мысалы, таблетка жинау, қару-жарақ алу, құнды заттар беру немесе өзіне-өзі қол жұмсау туралы жазба жазу)? Егер бар болса, сипаттаңыз:</p>	<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Суицидтік мінез-құлық: Бағалау кезеңінде суицидтік мінез-құлық болды ма?</p>	<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Иә Жок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Нақты әрекеттер болған жағдайда ғана жауап беріңіз</p>	<p>Ең соңғы әрекет Күні:</p>	<p>Ең өлімге әкелетін әрекет Күні:</p>	<p>Бастапқы / бірінші әрекет Күні:</p>
<p>Нақты өлім / медициналық көмекті талап ететін жарақат:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Физикалық зақымдардың болмауы немесе өте аз физикалық зақымданулар (мысалы, бетіндегі сызаттар). 1. Жеңіл физикалық зақымданулар (мысалы, сылбыр сөйлеу; бірінші дәрежелі күйіктер; жеңіл қан кету; созылу). 2. Орташа физикалық зақымдану; медициналық көмек қажет (мысалы, санада, бірақ ұйқышыл, кейбір реакция; екінші дәрежелі күйіктер; үлкен тамырлардан қан кету). 3. Біршама ауыр физикалық зақымданулар; <i>медициналық</i> ауруханаға жатқызу және, ең алдымен, қарқынды терапия қажет (мысалы, сақталған рефлекстері бар коматозды жағдай; дене бетінің 20%-дан аз үшінші дәрежелі күйіктер; кең қан жоғалту, бірақ қалпына келуі мүмкін; ауыр сынықтар). 4. Ауыр физикалық зақымданулар; қарқынды терапиямен <i>медициналық</i> ауруханаға жатқызу қажет (мысалы, рефлексстерді сақтамай коматозды жағдай; дене бетінің 20% - дан астамының үшінші дәрежелі күйіктері; ағзаның өмірлік маңызды функцияларының тұрақсыз көрсеткіштерімен кең қан жоғалту; өмірлік маңызды органдардың ауыр жарақаттары). 5. Өлім. 	<p><i>Код енгізіңіз</i> _____</p>	<p><i>Код енгізіңіз</i> _____</p>	<p><i>Код енгізіңіз</i> _____</p>
<p>Ықтимал өлім: нақты өлім = 0 болған жағдайда ғана жауап беріңіз Медициналық көмекті талап ететін жарақаттар болмаған кезде нақты әрекеттің ықтимал өлімі (келесі мысалдар, медициналық көмекті талап ететін нақты жарақаттар болмаса да, өте ауыр өлімге әкелуі мүмкін: мылтықты аузына салып, мылтықтың тартпасын басқан, бірақ мылтық атылмаған, сондықтан медициналық көмекті талап ететін жарақаттар жоқ; медициналық көмекті қажет етпес бұрын теміржол жолдарында жату келген пойызбен, бірақ адам пойыз соқтығысқанға дейін тартылды).</p> <p>0 = Жарақатқа әкелмейтін мінез-құлық 1 = Жарақатқа әкелуі мүмкін, бірақ өлімге әкелмейтін мінез-құлық 2 = Көрсетілген медициналық көмекке қарамастан өлімге әкелетін мінез-құлық.</p>	<p><i>Код енгізіңіз</i> _____</p>	<p><i>Код енгізіңіз</i> _____</p>	<p><i>Код енгізіңіз</i> _____</p>

2-қосымша: Депрессияны бағалауға арналған Монтгомери - Асберг шкаласы (MADRS)

Бағалау симптомдар туралы ең аз тікелей сұрақтардан бастап, ауырлық дәрежесін дәлірек бағалауға мүмкіндік беретін нақтылау сұрақтарына дейін клиникалық сауалнамаға негізделуі тиіс. Зерттеуші симптомның ауырлығы көрсетілген ұпайларға (0, 2, 4, 6) немесе аралық мәндерге (1, 3, 5) сәйкес келетінін шешуі керек.

Науқастың депрессия күйін шкала көмегімен бағалау мүмкін болмайтын жағдайлар өте сирек кездесетінін есте ұстаған жөн. Егер пациенттен біркелкі жауаптар алу мүмкін болмаса, әдеттегі клиникалық тәжірибеге сәйкес бағалау үшін негіздер ретінде барлық тиісті тұспалдарды, сондай-ақ басқа көздерден алынған ақпаратты пайдалану қажет.

Масштаб өлшеуді кез-келген уақыт аралығында, апта сайын немесе басқаша түрде жүргізуге болады, бірақ олардың ұзақтығын белгілеу керек.

Себеңтер тізбесі

1. Жабырқаудың объективтік (байқалатын) белгілері
2. Жабырқаудың субъективтік (айтылатын) белгілері
3. Ішкі шиеленіс
4. Ұйқының нашарлауы
5. Тәбеттің бұзылуы
6. Зейіннің бұзылуы
7. Сылбырлық
8. Сезу қабілетінен айрылу
9. Пессимистік ойлар
10. Суицидтік ойлар

1. Жабырқаудың объективтік (байқалатын) белгілері

Сөйлеу, мимика және қалыптағы жабығудың, көңілсіздіктің, үмітсіздіктің көріністері (көңіл-күйдің әдеттегі уақытша төмендеуіне қарағанда айқынырақ). Көңіл-күйдің төмендеуі терендігіне және көңіл-күйді жақсартудың мүмкін еместігіне қарай сараланады.

- 0 Жабырқау жоқ.
- 1 =
- 2 Жабырқаулы көрінеді, бірақ көңіл-күйі тез жақсарады.
- 3 =
- 4 Көп уақыт бойы жабырқаңқы және бақытсыз болып көрінеді.
- 5 =
- 6 Үнемі жабырқаулы, қатты қамыққан және бақытсыз болып көрінеді.

2. Жабырқаудың субъективтік (айтылатын) белгілері

Пациенттің сыртқы белгілермен қаншалықты көрінетініне қарамастан депрессиялық көңіл-күй туралы хабарламасы. Рухтың құлдырауын, жабырқауды немесе дәрменсіздік пен үмітсіздік сезімін қамтиды. Науқастың сипаттамасына сәйкес көңіл-күйдің төмендеуі сыртқы оқиғалармен қаншалықты байланысты екендігінің қарқындылығына, ұзақтығына және дәрежесіне сәйкес бағаланады.

- 0 Жағдайларға негізделген эпизодтық қамығу.
- 1 =
- 2 Пациент мұңайған немесе жабырқаулы, бірақ көңіл-күйі оңай жақсарады.
- 3 =
- 4 Терең қамығу немесе мұңаю сезімі; көңіл-күйге сыртқы оқиғалар әсер етеді.
- 5 =
- 6 Тұрақты және өзгермейтін қайғы, үмітсіздік, қайғы-қасірет сезімі.

3. Ішкі шиеленіс

Дүрбелеңге, қатты қорқынышқа немесе жан ауруына дейін жететін түсініксіз ыңғайсыздық, шатасу, абыржу, психикалық шиеленіс сезімі. Реактивтіліктің қарқындылығына, жиілігіне, ұзақтығына және дәрежесіне сәйкес бағаланады.

- 0 Тыныш; тек өткінші ішкі шиеленіс.
- 1 =
- 2 Эпизодтық наразылық сезімі немесе түсініксіз ыңғайсыздық сезімі.
- 3 =
- 4 Ішкі шиеленістің тұрақты сезімі немесе науқас белгілі бір күш-жігермен күресетін эпизодтық дүрбелең ұстамалары.

5 =

6 Қатыгез қорқыныш, азап, жан ауруы, еңсерілмейтін дүрбелең.

4. Ұйқының нашарлауы

Пациенттің әдеттегі ұйқы сипаттамаларымен салыстырғанда ұйқы ұзақтығының немесе тереңдігінің азаюы.

0 Әдеттегідей ұйықтайды.

1 =

2 Аз білінетін ұйықтап қалу қиындықтары, біршама қысқарған, үстірт немесе үзілетін ұйқы.

3 =

4 Ұйқы ұзақтығының қысқаруы немесе оның үзілуі кемінде 2 сағатты құрайды.

5 =

6 Ұйқы ұзақтығы кемінде 2-3 сағат.

5. Тәбеттің бұзылуы

Қалыпты жағдаймен салыстырғанда тәбетті жоғалту сезімі ретінде көрінеді. Тамақтануға деген ұмтылыстың немесе өзін тамақ ішуге мәжбүрлеудің жоғалу дәрежесіне сәйкес сараланады.

0 Қалыпты немесе тәбеттің жоғарылауы.

1 =

2 Тәбеттің біршама төмендеуі.

3 =

4 Тәбеттің болмауы, тамақтың дәмі жоқ деп сезіну.

5 =

6 Тамақты көндіргеннен кейін ғана қабылдайды.

6. Зейіннің бұзылуы

Зейін қою қабілетін жоғалтуға дейін ойларын жинақтау қиындығы. Зейінді шоғырландыру қабілетінің жоғалу қарқындылығына, жиілігіне және дәрежесіне сәйкес бағаланады.

0 Зейінді шоғырландыруда қиындықтар жоқ.

1 =

2 Кейде ойларды жинақтау қиын.

3 =

4 Оқу немесе әңгімені қолдау қабілетінің төмендеуімен зейін қою және ұзақ уақыт шоғырлану қиындықтары.

5 =

6 Көп күш жұмсамай оқу немесе әңгімеге қатысу қабілетін жоғалту.

7. Сылбырлық

Интенцияның бұзылуы – кез-келген белсенділікке қосылудың қиындығы, күнделікті әрекеттерді бастау мен орындаудың баяулауы.

0 Істерді бастауда аздап қиындықтар туындайды, сылбырлық жоқ.

1 =

2 Белсенді қызметке қосылу қиындығы.

3 =

4 Күнделікті күнделікті әрекеттерді бастаудың қиындығы, оларды орындау қосымша күш жұмсауды қажет етеді.

5 =

6 Толық апатия, сылбырлық, кез-келген мақсатты әрекеттерді бөтен адамның көмегінсіз орындай алмау.

8. Сезу қабілетінен айрылу

Әдетте ләззат әкелетін қоршаған ортаға немесе іс-әрекетке деген қызығушылықтың төмендеуінің субъективтік сезімі. Сыртқы оқиғаларға немесе адамдарға эмоционалды түрде жауап беру қабілетінің төмендеуі.

0 Қоршаған әлемге және адамдарға қалыпты қызығушылық.

1 =

2 Бұрын қызықты болған нәрселерден ләззат алу қабілетінің төмендеуі.

3 =

- 4 Айналага деген қызығушылықты жоғалту; достар мен таныстарына деген сезімнің жоғалуы.
5 =
6 Эмоционалды паралич құбылыстары, ашулану, қайғы немесе ләззат алу қабілетінің жоғалуы, туыстары мен достарына деген сезімнің болмауы.

9. Пессимистік ойлар

Өзін кінәлі сезіну, өзін бағаламау, өзін-өзі қорлау, күнәкарлық немесе өкіну және толық күйреу идеялары.

- 0 Жоқ.
1 =
2 Сәтсіздік, өзін-өзі қорлау, өзін-өзі жазғыру немесе аз бағалау туралы эпизодтық идеялар.
3 =
4 Үнемі өзін-өзі кінәлау немесе кінә немесе күнәһарлық туралы нақты, бірақ әлі де ұтымды идеялар, болашаққа деген пессимизмнің күшеюі.
5 =
6 Толық күйреу, өкіну немесе өтелмейтін күнә, абсурдтық және мызғымас өзін-өзі кінәлау туралы сандырақ идеялар.

10. Суицидтік ойлар

Енді өмір сүрудің қажеті жоқ, табиғи өлім – бұл қалаған нәтиже деген сезім; суицидтік ойлар мен өзіне-өзі қол жұмсауға дайындалу.

Өз-өзіне қол жұмсау әрекеттері бағалауға әсер етпеуі тиіс.

- 0 Өмірден ләззат алады немесе оны сол қалпында қабылдайды.
1 =
2 Өмірден шаршау. Тек өзіне-өзі қол жұмсау туралы өткінші ойлар.
3 =
4 Өлген дұрыс деп ойлау; суицидтік ойлар үйреншікті болып қалады, ал өзіне-өзі қол жұмсау нақты суицидтік жоспарлар мен ниеттер болмаған кезде проблемаларды шешудің мүмкін әдісі ретінде қарастырылады.
5 =-
6 Айқын суицидтік ниеттер (бірінші мүмкіндік пайда болған жағдайда өзіне-өзі қол жұмсауды нақты жоспарлау), өзіне-өзі қол жұмсауға белсенді дайындалу.

© 1979 The Royal College of Psychiatrists. Montgomery, S.A. & Åsberg, M. (1979). Өзгерістерге сезімтал ретінде жасалған депрессияны бағалаудың жаңа шкаласы. *British Journal of Psychiatry*, **134**, 382-389. Көшіруге және басқа адамдарға таратуға немесе қайта басып шығаруға (баспа түрінде, Интернетте немесе кез-келген басқа жеткізгіште) жазбаша рұқсат Корольдік психиатрлар алқасынан алынуы тиіс.

3-қосымша: Депрессияны бағалауға арналған Гамильтон шкаласы (HDRS)

1. Көңіл-күйдің төмендеуі (қайғы, үмітсіздік, дәрменсіздік, өзін құнсыз сезіну)

- 4 - вербалды және вербалды емес қарым-қатынас кезінде науқас тек осы сезімдерді өздігінен білдіреді
- 3 - науқас өзінің аффективтік уайымдарын вербалды емес түрде білдіреді (мимика, дауыс, жылауға дайындық және т.б. арқылы)
- 2 - өз уайымдарын ауызша түрде кенеттен жеткізеді (олар туралы айтады)
- 1 - сұрастырған кезде ғана өз уайымдары туралы хабарлайды
- 0 - жоқ

2. Кінә сезімі

- 4 - айыптаушының немесе қорлайтын мазмұндағы дауыстарды естиді, қауіп төндіретін көру галлюцинацияларын бастан кешіреді
- 3 - өзінің аурушандық күйін жаза ретінде қарастырады, қудалаудың сандырақтық идеялары бар
- 2 - өткен қателіктер мен күнәға ұқсас әрекеттер үшін кінә мен жаза идеялары
- 1 - өзін-өзі қорлау, өзін-өзі жазғыру идеялары, басқа адамдардың азап шегуіне себепші болатындай сезімді басынан кешіреді
- 0 - жоқ

3. Суицидтік тенденциялар

- 4 - суицидтік әрекет (кез келген ауыр суицидтік әрекет 4 баллға бағаланады)
- 3 - суицидтік ойлар немесе қимылдар
- 2 - өз өлімі туралы ойларды немесе өмір сүргісі келмейтіндігі туралы кез келген басқа идеяларды білдіреді
- 1 - өмірдің мағынасыздығы, құнсыздығы туралы ойларды білдіреді
- 0 - жоқ

4. Ұйықтау қиындықтары

- 2 - ұйықтау қиындықтары туралы күнделікті шағымдар
- 1 - ұйықтау кезіндегі қиындықтарға қатысты мерзімдік шағымдар
- 0 - жоқ

5. Ұйқысыздық

- 2 - түні бойы ұйықтамайды (дәретханаға баруды қоспағанда, түнде төсектен кез келген тұру 2 баллға бағаланады)
- 1 - түнде қозу мен мазасыздыққа шағымданады
- 0 - жоқ

6. Ерте ояну

- 2 - оянған кезде қайта ұйықтау мүмкін емес
- 1 - ерте оянады, бірақ қайтадан ұйықтайды
- 0 - жоқ

7. Жұмыс және қызмет

- 4 - аурудың себебінен жұмыс істеуге қабілетсіз
- 3 - белсенділік пен еңбекке қабілеттіліктің айтарлықтай төмендеуі
- 2 - кәсіби қызметке, жұмысқа және ойын-сауыққа қызығушылықты жоғалту
- 1 - шаршау, әлсіздік және қызметке қабілетсіздік туралы ойлар мен сезімдер
- 0 - қиындықтарды сезінбейді

8. Тежелу (ойлау мен сөйлеудің баяулауы, зейінді шоғырландыру қиындықтары, қозғалыс белсенділігінің төмендеуі)

4 - аурудың себебінен жұмыс істеуге қабілетсіз

3 - белсенділік пен еңбекке қабілеттіліктің айтарлықтай төмендеуі

2 - кәсіби қызметке, жұмысқа және ойын-сауыққа қызығушылықты жоғалту

1 - шаршау, әлсіздік және қызметке қабілетсіздік туралы ойлар мен сезімдер

0 - қиындықтарды сезінбейді

9. Қозу

2 - қолын сындырады, тырнақтарын, ернін тістейді, шашын жыртады

1 - қозғалыс мазасыздығы, «қолмен, шашпен ойнау»

0 - жоқ

10. Психикалық үрей

4 - өзінің үрейлі қауіптерін күрт білдіреді

3 - ерекше алаңдаушылық белгілері мимика мен сөйлеуде анықталады

2 - себепсіз алаңдайды

1 - шаршау, әлсіздік және қызметке қабілетсіздік туралы ойлар мен сезімдер

0 - жоқ

11. Соматикалық үрей (физиологиялық белгілері)

3 - функционалдық жеткіліксіздікке дейін өте ауыр

2 - ауыр

1 - орташа

0 - жоқ

12. Асқазан-ішек жолдарының соматикалық бұзылыстары

2 - қызметкерлердің көмегінсіз тамақтануда қиындықтарға тап болады, іш жүргізетін дәрілерді және қалыпты ас қорытуға ықпал ететін басқа дәрілерді тағайындау қажет

1 - тәбеттің жоқтығына шағымданады, бірақ мәжбүрлеусіз өздігінен тамақтанады, асқазанда ауырлық сезімін сезінеді

0 - жоқ

13. Жалпы соматикалық симптомдар

2 - кез-келген соматикалық симптомның айқын көрінуі 2 баллмен бағаланады

1 - аяқ-қолдардағы, арқадағы, бастағы ауырлық пен шаршау сезімі, арқа ауруы, бас ауруы, бұлшықет аурулары

0 - жоқ

14. Жыныстық бұзылулар

2 - жыныстық құштарлық төмендеуінің айқын көрінуі

1 - жыныстық құштарлық төмендеуінің жеңіл дәрежесі

0 - жоқ

15. Ипохондриялық бұзылулар

4 - сандырақтық ипохондриялық идеялар

- 3 - жиі шағымдар, көмекке шақыру
- 2 - өз денсаулығына ерекше алаңдаушылық
- 1 - өз денесіне деген қызығушылықтың артуы
- 0 - жоқ

16. Салмақты жоғалту (А және Б тармақтары бойынша)

А. Бағалау анамнездік деректер бойынша жүргізіледі

- 2 - салмақ жоғалту 3 немесе одан да көп кг құрады
- 1 - салмақ жоғалту 1-ден 2,5 кг-ға дейін құрады
- 0 - салмақ жоғалту байқалмады

Б. Бағалау өлшеу көрсеткіштері бойынша апта сайын жүргізіледі

- 1 - салмақ жоғалту аптасына 0,5 кг-нан көп құрайды
- 0 - салмақ жоғалту аптасына 0,5 кг-нан аз құрайды

17. Өз ауруына деген қатынасы

2 - өзін науқас деп санамайды

- 1 - ауру екенін мойындайды, бірақ аурудың себептерін тамақпен, климатпен, жұмыстағы шамадан тыс жүктемелермен, вирустық инфекциямен және т.б. байланыстырады.
- 0 - өзін депрессиямен ауырады деп санайды

18. Тәуліктік тербеліс күйлері (А және Б тармақтары бойынша)

А. Көңіл-күйдің жақсаруы қашан байқалатынын белгілеңіз.

- 2 - кешке
- 1 - таңертең
- 0 - күйі өзгермейді

Б. Егер тербелістер болса, олардың көрінуін нақтылаңыз.

- 2 - айқын көрінеді
- 1 - әлсіз
- 0 - күйі өзгермейді

19. Деперсонализация және дереализация

- 4 - науқастың санасын толығымен қамтиды
- 3 - өте айқын
- 2 - орташа айқын
- 1 - өз денесіне деген қызығушылықтың артуы
- 0 - жоқ

20. Сандырақтық бұзылулар

- 3 - қарым-қатынас пен қудалаудың сандырақтық идеялары
- 2 - қарым-қатынас идеялары
- 1 - күдіктің жоғарылауы
- 0 - жоқ

21. Обсессивтік-компульсивтік бұзылулар

- 2 - өте айқын көрінеді
- 1 - әлсіз көрінеді
- 0 - жоқ.