

Психические расстройства у больных ревматическими заболеваниями: диагностика и лечение

Лисицына Т.А.¹, Вельтищев Д.Ю.²

¹ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия;

²Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, Москва, Россия
¹115522 Москва, Каширское шоссе, 34А;
²107076 Москва, ул. Потешная, 3

¹V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia; ²Moscow Research Institute of Psychiatry, Branch, Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia
¹34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522; ²3, Poteshnaya St., Moscow 107076

Контакты: Татьяна Андреевна Лисицына; talisitsyna@rambler.ru

Contact: Tatiana Lisitsyna; talisitsyna@rambler.ru

Поступила 24.04.15



Лисицына Татьяна Андреевна,
д.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории системных ревматических заболеваний отдела сосудистой патологии ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой



Вельтищев Дмитрий Юрьевич,
д.м.н., руководитель отдела стрессовых расстройств Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России.

Вопросы, рассматриваемые в лекции:

1. Определение, частота и структура психических расстройств (ПР) у больных иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (РЗ).
2. Факторы риска развития ПР у больных РЗ.
3. Патогенез ПР при РЗ.
4. Скрининг и диагностика ПР у больных РЗ.
5. Роль психологической диагностики.
6. Лечение ПР у больных РЗ.
7. Влияние ПР на прогноз РЗ.

Рассматриваются вопросы распространенности, структуры, особенностей течения психических расстройств (ПР), характерных для больных иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (РЗ). Подробно обсуждаются факторы риска развития ПР, их патогенез, взаимосвязь с воспалительной активностью и основными клиническими симптомами РЗ. Особое внимание уделяется вопросам диагностики и лечения ПР у больных РЗ в условиях первичной медицинской практики и ревматологических стационаров.

Ключевые слова: ревматические заболевания; депрессивные расстройства; тревожные расстройства; психоз; делирий; стрессовые факторы; воспаление; диагностика; лечение.

Для ссылки: Лисицына ТА, Вельтищев ДЮ. Психические расстройства у больных ревматическими заболеваниями: диагностика и лечение. Научно-практическая ревматология. 2015;53(5):512–21.

MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES: DIAGNOSIS AND TREATMENT Lisitsyna T.A.¹, Veltishchev D.Yu.²

The paper considers the prevalence, pattern, and clinical features of mental disorders (MDs) that are characteristic of patients with immune-mediated inflammatory rheumatic diseases (RDs). It discusses in detail risk factors for MDs, their pathogenesis, association with inflammatory activity, and major clinical symptoms of RD. Particular emphasis is placed on the diagnosis and treatment of MDs in patients with RDs in primary health care facilities and at rheumatology hospitals.

Key words: rheumatic diseases; depressive disorders; anxiety disorders; psychosis; delirium; stress factors; inflammation; diagnosis; treatment.

For reference: Lisitsyna TA, Veltishchev DYU. Mental disorders in patients with rheumatic diseases: Diagnosis and treatment. Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2015;53(5):512–21.
doi: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2015-512-521>

Психическое расстройство (ПР), согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), представляет собой клинически определенную группу симптомов или поведенческих признаков, характеризующих отклонения в психической сфере, вызывающих дезадаптацию, которые не являются проявлением нормального развития или культуральных норм [1].

Частота и структура психических расстройств у больных ревматическими заболеваниями

Известно, что наиболее частыми ПР у больных хроническими соматическими заболеваниями являются тревожные и депрессивные расстройства, объединяемые в единый тревожно-депрессивный спектр (РТДС) в связи с частой перекрываемостью симптомов и общими патогенетическими механизмами. Частота РТДС у больных хроническими соматическими заболеваниями превышает таковую в общей популяции в 4–5 раз, а среди пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (РЗ) — в 7–15 раз. РТДС встречаются: при ревматоидном артрите (РА) в 30–89% случаев, системной красной волчанке (СКВ) — в 50–83%, системной склеродермии (ССД) — в 36–81%; болезни Шегрена (БШ) — в 20–50% и ювенильном артрите (ЮА) — до 50% [2–6].

Особенностью РТДС при РЗ является преобладание хронических вариантов — дистимии и рекуррентного депрессивного расстройства [7, 8]. Важно то, что развитие хронических вариантов депрессивных расстройств, как правило, на несколько лет опережает дебют РЗ или совпадает с ним [3, 8]. Согласно современным представлениям депрессия больше не рассматривается лишь в качестве последствия тяжелых соматических (в данном случае — ревматических) заболеваний, а является самостоятельным расстройством, развивающимся параллельно РЗ и имеющим сходные с ними провоцирующие факторы и патогенетические механизмы.

Факторы риска развития психических расстройств у больных ревматическими заболеваниями

РТДС, как и РЗ, в последние годы считаются системными многофакторными расстройствами, в развитии которых участвуют психосоциальные, нейроиммунные и нейроэндокринные факторы [9]. Исследователи отмечают провоцирующее влияние факторов окружающей среды, действующих на иммунную и нейроэндокринную системы организма. К таким факторам относят, прежде всего, хронический стресс умеренной выраженности, который в 83–86% случаев предшествует развитию или обострению как РЗ, так и депрессии [8, 10–12]. Помимо хронических стрессовых факторов, провоцирующих РЗ и РТДС, особое внимание в последние годы уделяется изучению роли ранних детских психических травм, в частности — родительской депривации, связанной, прежде всего, со смертью одного из родителей, длительной разлукой с матерью в раннем детстве, воспитанием дальними родственниками или в детском доме. Установлено, что родительская депривация влияет на формирование предрасположения к развитию хронических соматических (в частности, аутоиммунных) заболеваний во взрослом возрасте. В ряде работ продемонстрировано увеличение риска развития аутоиммунных заболеваний у взрослых, перенесших в детстве два и более психотравмирующих события, на 100% [13–15]. Доказано также влияние ран-

них детских психических травм на формирование предрасположенности к стрессовому реагированию с развитием депрессивных расстройств [13]. Именно родительская депривация, особенно в возрасте до 3 лет, является мощнейшим стрессовым фактором, в условиях которого под влиянием стрессовых гормонов и медиаторов воспаления происходит нарушение формирования отдельных структур мозга (в частности, гиппокампа), ответственных за реакцию на стрессовые факторы, регуляцию функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГНС) и адаптацию в целом [16, 17]. Таким образом, пациенты, перенесшие депривацию, более восприимчивы к стрессовым факторам и подвержены развитию хронических РТДС и соматических, в том числе иммуновоспалительных, РЗ, что подтверждается результатами ряда исследований [17–19].

Факторами риска развития острого психоза и делирия, характерных, в основном, для пациентов с СКВ, а также умеренных и выраженных когнитивных нарушений (КН) являются: высокая воспалительная активность, степень необратимого повреждения систем и органов (особенно актуально для выраженных КН), наличие нейropsychических расстройств в анамнезе, высокий и умеренный уровень антифосфолипидных антител (аФЛ: антител к кардиолипинам, β_2 -гликопротеинам IgG/IgM, волчаночного антикоагулянта). Особое значение аФЛ имеют при умеренных и выраженных КН. Однако не существует доказательств, подтверждающих наличие определенных серологических или инструментальных (нейровизуализационных) маркеров большой депрессии при СКВ [20].

Необходимость применения иммуносупрессивных препаратов при лечении РЗ связана с риском развития вторичной инфекции с вовлечением центральной нервной системы (ЦНС) и/или септического состояния, и связанными с этим ПР. Кроме того, ПР при РЗ могут быть обусловлены уреимией, гипертонической энцефалопатией, а также приемом ряда медикаментов: глюкокортикоидов (ГК), метотрексата, циклофосамида, азатиоприна, лефлуномида и мофетила микофенолата. Наиболее часто на фоне терапии данными препаратами развиваются депрессия, мания и смешанные дисфорические эпизоды, реже — психоз и делирий. Считается, что ГК-индуцированные ПР, в том числе психозы, встречаются у 1% пациентов, получающих <40 мг/сут преднизолона, 5% получающих 40–80 мг/сут и 20% получающих >80 мг/сут. ПР обычно (в 90% случаев) развиваются в течение первых 6 нед приема ГК [20].

Патогенез психических расстройств у больных ревматическими заболеваниями

Высокая частота РТДС при РЗ, а также общность провоцирующих стрессовых факторов предполагают наличие сходных патогенетических звеньев. В последние годы депрессия признана хроническим воспалительным заболеванием с системными проявлениями [21]. Большое количество работ подтверждает патогенетическую связь депрессивных расстройств с дисфункцией ГГНС, нарушением регуляции стрессового и иммунного ответа и хроническим аутоиммунным воспалением с гиперпродукцией провоспалительных цитокинов и общей симптоматикой в виде хронической боли, усталости и нарушений сна, объединяющей РТДС с РЗ [22–25].

Скрининг психических расстройств у больных ревматическими заболеваниями

Первым этапом комплексной диагностики ПР в ревматологической практике является скрининг (доврачебная диагностика).

Скрининг тревожных и депрессивных расстройств является желательным для всех пациентов с РЗ, учитывая их высокую распространенность и существенное негативное влияние этой патологии [20]. Скрининг РТДС у больных РЗ проводится медицинской сестрой или врачом-ревматологом при первичной консультации или при поступлении больного в стационар. При положительных результатах скрининга проводится психопатологическая диагностика врачом психиатром [26, 27].

В качестве скрининга ПР при РЗ используют методики, эффективность которых доказана при различных соматических заболеваниях (см. приложение 1). Среди них Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [28], Скрининговая карта для первичной медицинской практики [29], а также Шкала благополучия ВОЗ (WBI-5) [30]. Данные исследований, направленных на определение распространенности и/или частоты РТДС при РЗ, показывают сильную положительную связь между результатами методики и частотой подтвержденной аффективной патологии, что отражает высокую чувствительность и специфичность данных скрининговых методик [31].

Диагностика психических расстройств у больных ревматическими заболеваниями

В случае выявления у пациентов с РЗ симптомов, позволяющих заподозрить ПР, необходимо провести обследование, сходное с тем, которое используется у пациентов с подобными симптомами, не страдающих РЗ [20, 27].

Необходимо исключить также вторичные причины ПР у больных РЗ — инфекционные осложнения (сепсис), метаболические и эндокринные расстройства, нежелательные явления приема лекарственных средств.

Диагностика в соответствии с МКБ-10 осуществляется врачом-психиатром или, в соответствии с МКБ-10, разработанной для первичной практики, врачом-ревматологом, прошедшим специализированную подготовку по выявлению и лечению РТДС у больных РЗ (см. приложения 2 и 3).

Исследования показывают, что у больных РЗ, как правило, выявляют следующие РТДС: депрессивные эпизоды (единичные и рекуррентные) различной выраженности с сопутствующей тревогой; дистимию (хроническую депрессию умеренной выраженности); генерализованное тревожное расстройство (ГТР), а также расстройства адаптации с тревожной и депрессивной симптоматикой. Характерным для РЗ является доминирование длительных расстройств, таких как дистимия и рекуррентные депрессивные эпизоды умеренной выраженности. Не менее значимы расстройства адаптации и ГТР.

Необходимо помнить, что в 93% случаев РТДС предшествуют развитию острого психоза при СКВ [20].

Роль психологической диагностики

1. Определение типа предрасположения (аффективности). Клинико-психологическое обследование с диагностикой типа аффективности как предрасположения, характеризующегося способом восприятия и реагирования, позволяет точнее определить структурные особенности

РТДС, что способствует дифференцированному подходу к терапевтической тактике. В соответствии с исследованиями в области психопатологии и патопсихологии депрессии выделено три ядерных аффекта, или типа аффективности, — тревожный, тоскливый и апатический [32, 33]. Клинико-психологический анализ РТДС у больных РЗ проводится с использованием блока патопсихологических и проективных методик.

Комплексное обследование показывает, что психопатологическая структура РТДС при РЗ зависит от типа аффективности: для тревожного типа аффективности характерен тревожный вариант, для тоскливого — тревожно-тоскливый и тоскливый, для апатического — тревожно-апатический и дисфорно-апатический. Имеющиеся связи психопатологических и клинико-психологических результатов позволяют объединить выделенные варианты в тревожный, тоскливый и апатический диапазоны РТДС [31, 34].

2. Выявление стрессовых факторов. Клинико-психологический анализ проективных методик позволяет выявить наиболее значимые для пациента и, нередко, не упоминаемые в беседе с врачом психотравмирующие факторы, что позволяет определить основные направления психотерапевтической тактики. В основе современного рассмотрения патогенеза депрессии лежит диатез-стрессовая модель, акцентирующая роль провоцирующих стрессовых факторов в развитии различных вариантов депрессии в зависимости от характера предрасположения. Психотравмирующие факторы, предшествующие развитию РТДС и имеющие различные содержание и индивидуальную значимость, присутствуют у подавляющего большинства больных РЗ. При провокации РТДС у больных РЗ существенно доминируют факторы, оказывающие хроническое воздействие. Значимость психотравмирующих факторов, содержательно не связанных с РЗ, преобладает над значимостью факторов, связанных с болезнью [34].

Комплексная клинико-психологическая диагностика РТДС у больных РЗ должна проводиться медицинским психологом.

Лечение психических расстройств у больных ревматическими заболеваниями

В случае выявления **острого психоза** или **делирия** и наличия риска причинения вреда жизни или здоровью пациента или окружающих необходим перевод пациента в специализированное психиатрическое отделение.

Острый психоз или делирий, связанные с высокой активностью СКВ, требуют назначения высоких доз ГК отдельно или в сочетании с цитотоксическими препаратами (циклофосфамид или азатиоприн). При рефрактерности к стандартной иммуносупрессивной терапии показаны плазмаферез, человеческий иммуноглобулин для внутривенного введения и ритуксимаб (анти-CD-20 моноклональные антитела) [20].

При возникновении острого психоза в ревматологическом отделении требуется неотложное назначение бензодиазепиновых транквилизаторов или седативных антипсихотических препаратов, прежде всего галоперидола (2,5–5,0 мг внутримышечно). Лечение больных с делирием во многом зависит от природы последнего, поэтому перед назначением фармакотерапии необходимо неотложное тщательное обследование. При выраженном психомоторном возбуждении могут потребоваться седатив-

ные нейролептики (прежде всего, галоперидол 0,5–2,5 мг внутримышечно), как правило, в небольших дозах, которые, в отличие от бензодиазепинов, в случае делирия более безопасны [34].

Фармакотерапия РТДС с применением современных антидепрессантов и нейролептиков с антидепрессивными и анксиолитическими свойствами является необходимым дополнением к традиционным медикаментозным вмешательствам в комплексном лечении РЗ. При адекватном персонализированном назначении, помимо антидепрессивного действия, сопровождающегося улучшением когнитивных функций, эти препараты положительно влияют на астенический синдром при РТДС.

Учитывая наличие общих патогенетических механизмов, проведение неадекватной терапии сопряжено с повышенным риском обострения РЗ. В то же время селективно и количественно (суточная доза) адекватная терапия антидепрессантами проявляется не только в собственно антидепрессивном, но и, возможно, противовоспалительном эффекте. Не менее значимым является улучшение комплаентности больных в связи с улучшением психического состояния: пациенты намного чаще соблюдают режим приема препаратов, не отмечено отказов от лечения, характерных для РЗ в целом.

Назначение антидепрессантов и нейролептиков пациентам с РЗ и контроль их эффективности должны осуществляться психиатром. На фоне терапии психотропными препаратами необходимо проведение регулярных еженедельных консультаций психиатра или врача-ревматолога, прошедшего специализированную подготовку по выявлению и лечению РТДС у больных РЗ; при отсутствии возможности контроля динамики психотропные препараты не назначают. При неэффективности лечения показана своевременная коррекция — повышение суточной дозы, смена антидепрессанта на препарат другой группы с проведением дополнительной диагностики и анализом различных факторов. Показана длительная (≥ 6 мес) поддерживающая терапия после улучшения психического состояния с постепенным снижением даже небольшой суточной дозы антидепрессантов [27].

Выделение диапазонов РТДС на основании комплексной психопатологической и клинико-психологической диагностики структуры расстройства и типа аффективности больных, страдающих РЗ, позволяет определить дифференцированные подходы к фармакотерапии этих состояний. На примере СКВ и РА показана эффективность монотерапии препаратами с антидепрессивным эффектом, назначаемыми в небольших суточных дозах, в зависимости от результатов комплексной диагностики диапазонов РТДС [34]: *миансерин*ом 7,5–30 мг/сут — в *тоскливом диапазоне* и антидепрессантами из группы СИОЗС (*сертралин*ом 12,5–50 мг/сут) — в *апатическом*. Терапия *флуветиксом*ом 1–2 мг/сут эффективна при РТДС *апатического диапазона с наличием КН*. При РТДС *тревожного диапазона* рекомендуется назначение антидепрессантов с норадренергическим действием в небольших суточных дозах, прежде всего *амитриптилин*а 12–25 мг/сут, а также нейролептиков с анксиолитическим эффектом (сульпирид, алимемазин) в небольших суточных дозах. Установлено быстрое наступление терапевтического эффекта, при отсутствии признаков несовместимости психофармакотерапии с препаратами, при-

меняемыми для лечения РЗ. Своевременное выявление и коррекция (медикаментозная и психологическая) КН (память, внимание, логическое мышление) и факторов, способствующих их развитию (в том числе РТДС и сердечно-сосудистых заболеваний), приводит к снижению их выраженности и предотвращению прогрессирования [20]. Не показано назначение нескольких психотропных препаратов одновременно, что особенно важно в начале лечебного курса. Больные, страдающие РЗ, как правило, получают большое количество противовоспалительных и иммуносупрессивных препаратов, поэтому необходима минимизация числа назначений для соблюдения комплаентности и профилактики нежелательных реакций (НР) [27, 34].

Выбор психофармакологического препарата должен осуществляться с учетом возможных НР (кардиотоксичность [35], антихолинергический, гипотензивный эффекты) и клинических проявлений РЗ. Необходима оценка риска применения психотропных препаратов при почечной недостаточности. При высоком риске препараты не назначают, при умеренном — назначают малые дозы психотропных препаратов (30–50% от средней суточной дозы) [35]. При болезни и синдроме Шегрена избегают назначения антидепрессантов с антихолинергическим действием, усиливающим сухость слизистых оболочек (амитриптилин, имипрамин).

Необходимо с осторожностью назначать антидепрессанты из группы СИОЗС пациентам, получающим нестероидные противовоспалительные препараты, поскольку те повышают риск желудочно-кишечных кровотечений. В случае невозможности замены антидепрессанта назначают ингибиторы протонного насоса (омепразол) [27].

При назначении психофармакологических препаратов одновременно с варфарином необходимо учитывать их влияние на систему цитохрома р450 для предотвращения лекарственных взаимодействий: флуоксетин, флувоксамин (замедление метаболизма и повышение эффекта варфарина) и карбамазепин (снижение антикоагулянтного эффекта варфарина) — выраженный эффект; пароксетин — умеренный эффект (повышение эффекта варфарина); циталопрам, сертралин — наиболее безопасные антидепрессанты при назначении варфарина, отмечено редкое и не значимое повышение протромбинового времени и международного нормализованного отношения (МНО); литий, сульпирид и амисульпирид — безопасная комбинация с варфарином, в связи с отсутствием влияния на изоэнзимы системы цитохрома Р450. При назначении психотропных препаратов, влияющих на метаболизм варфарина, показан мониторинг протромбинового времени и МНО [27, 36].

Необходимы ограничения в назначении бензодиазепиновых транквилизаторов и гипнотиков для предотвращения развития зависимости с назначением на срок не более 2 нед, преимущественно при острых стрессовых реакциях, а также на начальном этапе лечения антидепрессантами. Необходимо избегать назначения бензодиазепинов у пациентов с риском падений и нарушением координации движений. Следует учитывать, что при редукции РТДС происходит уменьшение выраженности тревоги и улучшение ночного сна, поэтому, как правило, не возникает необходимости в продолжении назначения как бензодиазепиновых, так и небензодиазепиновых транквилизаторов и гипнотиков [27].

Неоднородность депрессий, проявляющаяся как на психопатологическом, так и на патогенетическом уровне, не позволяет ограничиться просто введением антидепрессантов и нейролептиков в «комплексную терапию» РТДС при РЗ. Это связано с тем, что характер депрессии во многом определяется предрасположением (структурой аффективности) и действием стрессовых факторов. РЗ не является фактором, определяющим характер депрессии, а лишь заставляет максимально дифференцированно проводить терапевтические мероприятия. В связи с этим для пациентов с РЗ актуальны индивидуальные психотерапевтические методики, основанные на диагностике аффективных личностных характеристик. Данный подход позволяет выделить наиболее уязвимые личностные черты для определенных вариантов психотравмирующих факторов, разработать стратегию преодоления, наиболее приемлемую для данной аффективной структуры.

Влияние психических расстройств на прогноз ревматических заболеваний

ПР, в случае их нераспознанности и при отсутствии адекватной психофармакотерапии и психотерапии, существенно негативно влияют на прогноз РЗ. Помимо того что при наличии РТДС больные РЗ испытывают более выраженную боль, усталость, чаще имеют нарушения сна, выраженную функциональную недостаточность

и низкое качество жизни, они менее привержены проводимой противовоспалительной и иммуносупрессивной терапии, что также определяет прогноз. Известно, что депрессия является независимым фактором риска смертельного исхода при РА [37]. В частности, депрессия в 3 раза повышает риск суицида среди больных РА [38] и в 2–4 раза увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от сердечно-сосудистых осложнений [39, 40].

Таким образом, понимание важности ПР при РЗ, их своевременная диагностика и адекватная терапия в условиях тесного сотрудничества ревматологов, психиатров и медицинских психологов позволят улучшить течение и прогноз РЗ, а также разработать подходы к их профилактике.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

Приложение 1

СКРИНИНГОВЫЕ ШКАЛЫ

СКРИНИНГОВАЯ КАРТА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ [29]

Уважаемый пациент! Вам предлагается заполнить опросник, который поможет Вашему врачу лучше понять состояние Вашего здоровья. Ваш доктор может задать Вам дополнительные вопросы по каждому из приведенных ниже пунктов. Пожалуйста, проследите за тем, чтобы каждый пункт был заполненным.

Ф. И. О. _____

Пол: Мужской ☐ Женский ☐ Год рождения/Возраст _____

Дата _____

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАНЯТОСТЬ

- | | |
|---|--|
| ☐ Работаю | ☐ Временно не работаю |
| ☐ Инвалид вследствие заболевания | ☐ Пенсионер по возрасту |
| СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ | |
| ☐ Состою в браке | ☐ Незаконченное среднее |
| ☐ Вдовец/Вдова | ☐ Среднее |
| ☐ В разводе либо расстались | ☐ Незаконченное высшее |
| ☐ В браке никогда не состоял(а) | ☐ Высшее |

ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ СВОЕ ЗДОРОВЬЕ В ЦЕЛОМ КАК:

(1) Хорошее ☐ (2) Удовлетворительное ☐ (3) Плохое ☐

В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА ВЫ ЧАСТО ИСПЫТЫВАЛИ:

- | | ДА | НЕТ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Боли, неприятные ощущения в голове, других частях тела | ☐ | ☐ |
| 2. Ощущение слабости, упадка сил | ☐ | ☐ |
| 3. Нарушения сна | ☐ | ☐ |
| 4. Снижение интереса к привычным занятиям | ☐ | ☐ |
| 5. Снижение удовольствия от ранее приятного | ☐ | ☐ |
| 6. Чувство подавленности, угнетенности | ☐ | ☐ |
| 7. Чувство беспокойства, напряженности | ☐ | ☐ |

ШКАЛА БЛАГОПОЛУЧИЯ (WHO-WBI-5) [30]

Пожалуйста, отметьте в каждом из пяти утверждений наиболее подходящий ответ о Вашем самочувствии в течение двух последних недель.

Пример: Если у Вас было хорошее настроение и чувство бодрости более половины всего времени в течение двух последних недель, отметьте пункт 3 для первого утверждения.

В течение двух последних недель	1. Все время	2. Большую часть времени	3. Более половины всего времени	4. Менее половины всего времени	5. Иногда	6. Никогда
1. У меня было хорошее настроение и чувство бодрости						
2. Я чувствовал себя спокойно и раскованно						
3. Я чувствовал себя активным и энергичным						
4. Я просыпался бодрым и отдохнувшим						
5. Моя жизнь была наполнена интересными событиями						

Обработка: Складываются цифры, соответствующие пяти утверждениям. Результат представлен рядом от 0 – наихудшая возможность до 25 – наилучшее состояние. Чтобы получить процентное выражение от 0 до 100, необходимо умножить полученную сумму на 4.

ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ (HADS) [28]

Врачи имеют массу подтверждений тому, что эмоции играют значительную роль при большинстве заболеваний. Если Ваш врач будет больше осведомлен о Вашем настроении, то он сможет лучше помочь Вам. Этот опросник предложен для того, чтобы помочь доктору больше узнать о Вашем самочувствии. Прочтите каждый пункт и отметьте ответы, которые больше всего соответствуют Вашему самочувствию в течение прошедшей недели. Не думайте слишком долго, так как непосредственные ответы больше отражают Ваше состояние, чем результаты длительных раздумий

(Т) Я напряжен (-а) и мне не по себе	1 Не так много	(Д) Я чувствую себя заторможенным (-ой)	2 Сильно
3 Большую часть времени	2 Очень редко	3 Практически постоянно	1 Не очень сильно
2 Часто	3 Совсем нет	2 Очень часто	0 Совсем нет
1 Иногда	(Т) Беспокойные мысли не дают мне покоя	1 Иногда	(Д) Я думаю, что все будет хорошо
0 Никогда	3 Большую часть времени	0 Никогда	0 Как всегда думал
(Д) Мне доставляет удовольствие, все, что раньше его приносило	2 Часто	(Т) Внутри все дрожит и сжимается	1 Реже, чем обычно
0 Как всегда	1 Иногда	0 Никогда	2 Значительно реже
1 Не так сильно	0 Очень редко	1 Иногда	3 Нет, я так не думаю
2 Немного	(Д) У меня хорошее настроение	2 Довольно часто	(Т) У меня бывает внезапное чувство паники
3 Совсем нет	3 Никогда	3 Очень часто	3 Очень часто
(Т) У меня неприятное предчувствие, будто должно случиться что-то ужасное	2 Редко	(Д) Мне безразлична моя внешность	2 Довольно часто
3 Очень сильное	1 Иногда	3 Верно	1 Иногда
2 Не очень сильное	0 Большую часть времени	2 Почти, я гораздо меньше уделяю ей внимания, чем следует	0 Никогда
1 Небольшое	(Т) Я могу спокойно сидеть и чувствовать себя расслабленным (-ой)	1 Немного, но это меня не волнует	(Д) Мне доставляет удовольствие хорошая книга, музыка или кинофильм
0 Совсем нет	0 Всегда	0 Нет	0 Часто
(Д) Я могу смеяться и видеть смешную сторону событий	1 Чаще всего	(Т) Я суетлив, как будто должен (-на) постоянно двигаться	1 Иногда
0 Как всегда	2 Редко	3 Очень сильно	2 Не часто
	3 Никогда		3 Нет

Отметьте, пожалуйста, Ваш: ПОЛ М Ж, ВОЗРАСТ: _____ лет, ПРОФЕССИЯ _____

Диагноз: _____

Длительность тревоги/депрессии: _____

Предшествующие стрессовые события: _____

Результаты оцениваются отдельно для подшкал Т – тревога и Д – депрессия:

При сумме баллов ≥ 8 необходима диагностика тревожного, депрессивного расстройства или тревожной депрессии.

РАССТРОЙСТВА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА: КРИТЕРИИ МКБ-10 ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРАКТИКИ [41]

ДЕПРЕССИЯ – F32

ТИПИЧНЫЕ ЖАЛОБЫ

Основными жалобами больного депрессией могут быть проблемы соматического характера, например постоянное чувство усталости или нарушения сна. Лишь в подробной беседе выявляется угнетение настроения.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДЕПРЕССИИ

Как минимум в течение двух недель:

- угнетенно-тревожное, тоскливое настроение или апатия;
- потеря интересов и чувства удовольствия.

Наличие как минимум четырех из следующих симптомов:

- нарушение сна;
- нарушение аппетита;
- чувство вины и самоуничижения;
- пессимизм и безнадежность;
- снижение полового влечения;
- суточные колебания настроения с усилением депрессии по утрам;
- нарушение концентрации внимания;
- суицидальные мысли или поступки;
- потеря уверенности в себе;
- физическая слабость и потеря энергии;
- возбужденность или замедленность движений и речи.

При хроническом течении умеренной депрессии более 2 лет ставится диагноз «Дистимия».

ТРЕВОЖНАЯ ДЕПРЕССИЯ – F41.2

Наиболее частый диагноз, определяемый в условиях первичной и общей медицинской практики у пациентов с соматической патологией.

ТИПИЧНЫЕ ЖАЛОБЫ

Больные могут предъявлять жалобы на симптомы соматического характера (например, боль или общую слабость) и нередко на маскированные симптомы тревоги и угнетения настроения.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

- угнетенное настроение;
- потеря интересов и чувства удовольствия;
- тревога и беспокойство;
- дополнительные симптомы, включая:
 - нарушения сна;
 - физическую слабость и потерю энергии;
 - нарушение аппетита;
 - снижение либидо;
 - нарушение концентрации внимания;
 - сердцебиения;
 - головокружение;
 - напряжение и суетливость;
 - тремор;
 - раздражительность;
 - суицидальные мысли.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО – F41.1

ТИПИЧНЫЕ ЖАЛОБЫ

Первоначальные жалобы пациентов чаще всего связаны с соматическими симптомами напряжения (например, головная боль или сердцебиения) или с нарушением сна. Выраженная тревога выявляется иногда лишь при подробной беседе.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Симптомы тревоги и напряжения включают:

- Соматические симптомы вегетативной лабильности – головокружение, потливость, сердцебиения, сухость во рту, боль в желудке или в груди.
- Психическое напряжение – беспокойство, нервозность, опасения в том, что совершится что-либо ужасное, нарушение концентрации внимания.
- Соматическое напряжение – суетливость, тремор, неспособность расслабиться.
- Затруднения в самоконтроле тревожных переживаний и вегетативных признаков тревоги.

Нередко симптомы спровоцированы психотравмирующими ситуациями и могут длиться в течение нескольких месяцев.

ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО – F41.0

ТИПИЧНЫЕ ЖАЛОБЫ

Пациенты чаще жалуются на соматические симптомы (например, боль в груди, сердцебиения, головокружение, затруднение дыхания), сопровождающиеся выраженным страхом.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Типичны приступы выраженной тревоги или страха с неожиданным началом, быстрым развитием и длящиеся в течение нескольких минут. Характерны соматические симптомы, такие как сердцебиения, спазмы в желудке, головокружения, чувство нереальности окружающего, страх неожиданной смерти, потери контроля, сумасшествия, инфаркта или инсульта. Панический приступ приводит к тревожному ожиданию его повторения, а также к избеганию тех мест, где произошел приступ.

РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ – F43.2 (включая стрессовую реакцию) – представляют собой невыраженные или малые формы депрессивных, тревожных и тревожно-депрессивных расстройств.

ТИПИЧНЫЕ ЖАЛОБЫ:

- чувство угнетения и неспособность справиться с проблемами;
- соматические симптомы, связанные со стрессом, – бессонница, головная боль, боль в груди и сердцебиения;
- возможны симптомы выраженной тревоги;
- возможно повышенное употребление алкоголя.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- острая реакция на психотравмирующее событие;
- выраженная дезадаптация в результате недавних событий с озабоченностью происшедшим;
- возможно преобладание соматических симптомов;
- другие симптомы:

- тоскливое настроение,
- тревога,
- беспокойство,
- чувство неспособности справиться с проблемами.

Реакции обычно продолжаются от нескольких дней до нескольких недель.

СОМАТОФОРМНОЕ РАССТРОЙСТВО – F45

ТИПИЧНЫЕ ЖАЛОБЫ:

- могут присутствовать любые жалобы соматического характера;
- одна или несколько жалоб, которые могут меняться со временем.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

- невозможность медицинского объяснения природы данных симптомов. Данное заключение делается после полного соматического обследования пациента;
- частые консультации у специалистов, несмотря на отсутствие позитивных результатов обследований;
- сопутствующая тревога или депрессия;
- к соматоформным расстройствам нередко относят фибромиалгию (психопатологически разнородное расстройство).

УМЕРЕННОЕ КОГНИТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО [1]

Нарушение когнитивных функций длительностью более 2 нед. Расстройство проявляется в различных сферах и не достигает выраженности деменции:

1. Непосредственная или отдаленная память.
2. Концентрация внимания.
3. Мышление (включая абстрагирование, затруднение решения задач).
4. Речь (включая сужение, поиск слов).
5. Зрительно-пространственная ориентировка.

При нейропсихологическом обследовании выявляют отчетливые отклонения от нормы.

ДИСТИМИЯ – F34.1 [1]

Хроническая депрессия с постоянным или периодическим течением длительностью более 2 лет. Имеется как минимум 3 признака из следующих:

- снижение активности и энергии,
- бессонница,
- потеря уверенности или чувство неадекватности,
- затруднение концентрации внимания,
- частая слезливость,
- потеря чувства удовольствия от обычных занятий,
- чувство беспомощности и отчаяния,
- потеря способности справляться с повседневными обязанностями,
- пессимизм,
- социальная изоляция,
- неразговорчивость.

ХРОНИЧЕСКАЯ УСТАЛОСТЬ F-48 [1]

- ощущение психической и физической усталости, усиливающейся после нагрузок,

- утомление после небольших усилий,
- отдых приносит незначительное облегчение,
- потеря энергии.

Другие симптомы включают:

- головокружение,
- головную боль,
- нарушение сна,
- невозможность расслабиться,
- раздражительность,
- мышечную боль,
- снижение либидо,
- снижение памяти.

Синдром хронической усталости диагностируют при длительности усталости более 6 мес.

Приложение 3

ОСТРЫЙ ПСИХОЗ – F23 [41]

- галлюцинации (ложные ощущения, включая слуховые, зрительные галлюцинации),
- бред (преследования, отношений, ущерба и др.),
- дезорганизация речи,
- возбуждение или необычное поведение,
- эмоциональная лабильность.

Психоз проявляется нарушением восприятия и мышления, потерей самоконтроля и критики к своему состоянию. Характерен несистематизированный чувственный бред, а также псевдогаллюцинации практически в любой сфере восприятия. Острый психоз, как правило, сопровождается страхом, растерянностью, настороженностью, раздражительностью. В некоторых случаях отмечается подъем настроения. Острые нарушения мышления проявляются в непосредственной и бессвязной речи. В развитии острого психоза возможно влияние органического или интоксикационного фактора. Острые психотические состояния необходимо дифференцировать от делирия и интоксикации.

ДЕЛИРИЙ – F05 [41]

Острое, в течение нескольких часов развитие следующих симптомов:

- нарушение сознания (dezориентировка во времени и пространстве),
- затруднения мышления.

Часто сопровождается:

- снижением памяти,
- нарушением внимания,
- страхом,
- возбуждением,
- галлюцинациями (истинными слуховыми или зрительными),
- иллюзиями,
- настороженностью,
- нарушениями сна,
- вегетативными симптомами.

Делирий характеризуется нарушением сознания различной выраженности в виде снижения способности удерживать и переключать внимание, нарушения памяти, дезориентации во времени, пространстве и собственной личности. Характерны психомоторные нарушения в виде непредсказуемой смены снижения и повышения активности, замедленности реакций, повышенной возбудимости, за-

медления или ускорения темпа речи. При делирии выражены нарушения сна: бессонница до полной потери ночного сна, нарушение цикла сон — бодрствование, ночные кошмары. Возможно развитие транзиторных истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий. Выражены эмоциональные нарушения в виде страха, тревоги, раздражительности, апатии или эйфории. Симптомы делирия, как правило, имеют флюктуирующее течение и усиливаются в ночные часы.

ЛИТЕРАТУРА

1. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. WHO. Churchill Livingstone, 1994. 419 p.
2. Nicassio PM. The problem of detecting and managing depression in the rheumatology clinic. *Arthritis Rheum.* 2008;59(2):155–8. doi: 10.1002/art.23348
3. Hanly JG, Fisk JD, McCurdy G, et al. Neuropsychiatric syndromes in patients with systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2005;32(8):1459–66.
4. Sundquist K, Li X, Hemminki K, Sundquist J. Subsequent risk of hospitalization for neuropsychiatric disorders in patients with rheumatic diseases. A nationwide study from Sweden. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(5):501–7. doi: 10.1001/archpsyc.65.5.501
5. Kozora E, Ellison MC, West S. Depression, fatigue, and pain in systemic lupus erythematosus (SLE): relationship to the American College of Rheumatology SLE neuropsychological battery. *Arthritis Rheum.* 2006;55:628–35. doi: 10.1002/art.22101
6. Margaretten M, Julian L, Katz P, Yelin E. Depression in patients with rheumatoid arthritis: description, causes and mechanisms. *Int J Clin Rheumatol.* 2011;6(6):617–23. doi: 10.2217/IJR.11.6
7. Лисицына ТА, Вельтишев ДЮ, Серавина ОФ и др. Психические расстройства у больных ревматоидным артритом. Научно-практическая ревматология. 2011;(3):29–36 [Lisitsyna TA, Vel'tishchev DYU, Seravina OF, et al. Mental disorders in patients with rheumatoid arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice.* 2011;(3):29–36 (In Russ.)].
8. Лисицына ТА, Вельтишев ДЮ, Насонов ЕЛ. Стрессовые факторы и депрессивные расстройства при ревматических заболеваниях. Научно-практическая ревматология. 2013;51(2):98–103 [Lisitsyna TA, Vel'tishchev DYU, Nasonov EL. Stress factors and depressive disorders in rheumatic diseases. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice.* 2013;51(2):98–103 (In Russ.)].
9. Leonard BE, Myint A. The psychoneuroimmunology of depression. *Hum Psychopharm Clin Exp.* 2009;24:165–75. doi: 10.1002/hup.1011
10. Prete C, Briano F, Pizzorni C, et al. Stress response system and personality in rheumatoid arthritis patients. *Reumatismo.* 2001;53(3):204–9. doi: 10.4081/reumatismo.2001.204
11. Bale TL. Stress sensitivity and the development of affective disorders. *Horm Behav.* 2006;50(4):529–33. doi: 10.1016/j.yhbeh.2006.06.033
12. Zautra AJ, Parrish BP, van Paymbroek CM, et al. Depression history, stress and pain in rheumatoid arthritis patients. *J Behav Med.* 2007;30:187–97. doi: 10.1007/s10865-007-9097-4
13. Cohen P, Pine DS, Must A, et al. Prospective association between somatic illness and mental illness from childhood to adulthood. *Am J Epidemiol.* 1998;147(3):232–9. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a009442
14. Dube SR, Fairweather DL, Pearson WS, et al. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosom Med.* 2009;71(2):243–50. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181907888
15. Wegman HL, Stetler C. A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosom Med.* 2009;71:805–12. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181907888
16. Carpenter LL, Gawuga CE, Tyrka AR, et al. Association between plasma IL-6 response to acute stress and early-life adversity in healthy adults. *Neuropsychopharmacology.* 2010;35(13):2617–23. doi: 10.1038/npp.2010.159
17. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry.* 2001;49:1023–39. doi: 10.1016/S0006-3223(01)01157-X
18. Hennessy MB, Paik KD, Caraway JD, Schiml PA. Proinflammatory activity and the sensitization of depressive-like behavior during maternal separation. *Behav Neurosci.* 2011;125(3):426–33. doi: 10.1037/a0023559
19. Дрожжина ЕН, Ковалевская ОБ, Серавина ОФ и др. Роль психотравмирующих факторов в дезадаптации детей и подростков, страдающих ювенильным артритом. Социальная и клиническая психиатрия. 2012;(1):44–50 [Drozhzhina EN, Kovalevskaya OB, Seravina OF, et al. The role of stressful factors of maladjustment in children and adolescents with juvenile arthritis. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhhiatriya.* 2012;(1):44–50 (In Russ.)].
20. Bertias GK, Ioannidis JP, Aringer M, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus with neuropsychiatric manifestations: report of a task force of the EULAR standing committee for clinical affairs. *Ann Rheum Dis.* 2010;69:2074–82. doi: 10.1136/ard.2010.130476
21. Strain JJ, Blumenfeld M. Challenges for consultation-liaison psychiatry in the 21st century. *Psychosomatic.* 2008;49(2):93–6. doi: 10.1176/appi.psy.49.2.93
22. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, et al. A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biol Psychiatry.* 2010;67(5):446–57. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.09.033
23. Loftis JM, Huckans M, Morasco BJ. Neuroimmune mechanisms of cytokine-induced depression: current theories and novel treatment strategies. *Neurobiol Dis.* 2010;37(3):519–33. doi: 10.1016/j.nbd.2009.11.015
24. Lotrich FE, El-Gabalawy H, Guenther LC, Ware CF. The role of inflammation in the pathophysiology of depression: different treatments and their effects. *J Rheumatol Suppl.* 2011;38(Suppl 88):48–54. doi: 10.3899/jrheum.110903
25. Miller AH, Maletic V, Raison CH. Inflammation and its discontents: the role of cytokines in the pathophysiology of major depression. *Biol Psychiatry.* 2009;65(9):732–41. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.11.029
26. Van Eijk-Hustings Y, van Tubergen A, Boström C. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2012;71:13–9. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200185
27. Depression in adults with a chronic physical health problem. Treatment and Management. National Clinical Practice Guideline 91. Leicester and London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2010.
28. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67:361–70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
29. Краснов ВН, редактор. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессией, в условиях территориальной поликлиники. Методические рекомендации. Москва; 2000 [Krasnov VN, editor. *Organizatsionnaya model' pomoshchi litsam, stradayushchim depressiey, v usloviyakh territorial'noy polikliniki. Metodicheskie rekomendatsii* [The organizational model of care for persons suffering from depression in a territorial polyclinic. Methodical recommendations]. Moscow; 2000].
30. Beck P. Male depression: Stress and aggression as pathways to major depression. London: BMJ Books; 2001. P. 63–6.
31. Вельтишев ДЮ, Марченко АС, Серавина ОФ и др. Аффективно-стрессовая модель депрессии: практическое внедрение в ревматологическую практику. Психиатрия и психофармакотерапия. 2009;11(5):17–22 [Vel'tishchev DYU, Marchenko AS,

- Seravina OF, et al. Affective-stress model of depression: a practical introduction in rheumatological practice. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2009;11(5):17–22 (In Russ.).
32. Вельтишев ДЮ. Клинико-патогенетические закономерности ситуационных расстройств депрессивного спектра: Дис. ... докт. мед. наук. Москва; 2000. 248 с. [Vel'tishchev DYU. *Kliniko-patogeneticheskie zakonomernosti situatsionnykh rasstroystv depressivnogo spektra*: Dis. ... dokt. med. nauk [Clinico-pathogenetic patterns situational depressive spectrum disorders: Dis. ... Doct. med. sci.]. Moscow; 2000. 248 p.].
 33. Лызлов АВ, Серавина ОФ, Ковалевская ОБ. Аффективность как структурообразующая основа антропологических пространств: философия, психология, психиатрия. Вопросы психологии. 2010;(3):65–74 [Lyzlov AV, Seravina OF, Kovalevskaya OB. Affectivity as a structure foundation of anthropological spaces: philosophy, psychology, psychiatry. *Voprosy psikhologii*. 2010;(3):65–74 (In Russ.).]
 34. Вельтишев ДЮ, Лисицына ТА, Зельтун АЕ и др. Стрессовые факторы и расстройства тревожно-депрессивного спектра у больных системными ревматическими заболеваниями: принципы диагностики и фармакотерапии. Москва: МЗСР РФ, МНИИП МЗ РФ; 2010 [Vel'tishchev DYU, Lisitsyna TA, Zeltyn' AE, et al. *Stressovye faktory i rasstroystva trevozhno-depressivnogo spektra u bol'nykh sistemnymi revmaticheskimi zabolevaniyami: printsipy diagnostiki i farmakoterapii* [Stress factors and disorders of anxiety-depression spectrum in patients with systemic rheumatic diseases: principles of diagnosis and pharmacotherapy]. Moscow: MZSR RF, MNIIP MZ RF; 2010].
 35. Basire S. Psychotropic Drug Directory. The professionals' pocket handbook and aide memoire, 1997.
 36. Sansone A, Sansone L. Warfarin and antidepressants. *Psychiatry*. 2009;6(7):24–9.
 37. Ang DC, Choi H, Kroenke K, Wolfe F. Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2005;32:1013–9.
 38. Treharne GJ, Lyons AC, Kitas GD. Suicidal ideation in patients with rheumatoid arthritis. Research may help identify patients at high risk. *Br Med J*. 2000;32(1):1290. doi: 10.1136/bmj.321.7271.1290
 39. Greco CM, Kao AH, Sattar A, et al. Association between depression and coronary artery calcification in women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology*. 2009;48:576–81. doi: 10.1093/rheumatology/kep020
 40. Treharne GJ, Hale ED, Lyons AC, et al. Cardiovascular disease and psychological morbidity among rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology (Oxford)*. 2005;44(2):241–6. doi: 10.1093/rheumatology/keh441
 41. WHO Guide to Mental Health in Primary Care. WHO collaborating centre for research and training for mental health, eds. London: Royal Society of Med.Press; 2000.

Вопросы для самоконтроля (возможны несколько вариантов ответа)

1. Какие из нижеперечисленных ПР являются наиболее характерными для больных с иммуновоспалительными РЗ?
 - А. Острый психоз/делирий
 - Б. РТДС — тревожные и депрессивные расстройства
 - В. Шизофрения
 - Г. Биполярное аффективное расстройство
2. Какие из следующих РТДС наиболее характерны для больных РЗ?
 - А. Генерализованное тревожное расстройство
 - Б. Дистимия
 - В. Рекуррентное депрессивное расстройство
 - Г. Единичный депрессивный эпизод
 - Д. Расстройство адаптации
3. Что из нижеперечисленного характерно и для РЗ, и для депрессии?
 - А. Хроническая усталость
 - Б. Хроническая боль
 - В. Артрит
 - Г. Нарушения сна
 - Д. Высокий уровень антител к ds-ДНК
4. Выберите факторы риска развития ПР при РЗ:
 - А. Хронический психосоциальный стрессовый фактор
 - Б. Высокая воспалительная активность РЗ
 - В. Высокая степень необратимого повреждения систем и органов
 - Г. Наличие нейropsychических расстройств в анамнезе
 - Д. Высокий уровень антифосфолипидных антител (антител к кардиолипинам, β 2-гликопротеинам IgG/IgM, волчаночного антикоагулянта)
 - Е. Все вышеперечисленное верно
5. Какие из нижеперечисленных шкал используются для скрининга тревожно-депрессивных расстройств при РЗ?
 - А. Шкала выраженности депрессии Монтгомери—Асберг (MADRS)
 - Б. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)
 - В. Шкала благополучия ВОЗ (WBI-5)
6. Какова цель психологической диагностики при РЗ?
 - А. Определение типа предрасположения (аффективности) и связанных с ним структурных особенностей РТДС для разработки дифференцированного подхода к терапии
 - Б. Выявление стрессовых факторов, способствующих обострению РЗ и РТДС
 - В. Разработка основных направлений психотерапевтической тактики для улучшения адаптации и предупреждения обострений РЗ и РТДС
 - Г. Все вышеперечисленное верно
7. Что определяет выбор антидепрессанта для лечения депрессивного расстройства?
 - А. Характер депрессии (преобладание симптомов тоски, тревоги, апатии)
 - Б. Тип аффективности
 - В. Характер сопутствующих заболеваний и терапии
 - Г. Предпочтения пациента
 - Д. Стоимость антидепрессанта
8. Какие из нижеперечисленных антидепрессантов не показаны пациентам с болезнью Шегрена из-за их антихолинэргического действия?
 - А. Сертралин
 - Б. Миансерин
 - В. Амитриптилин
 - Г. Флупентиксол
 - Д. Имипрамин
9. Какие из нижеперечисленных антидепрессантов более безопасны при одновременном назначении с варфарином:
 - А. Флуоксетин, флувоксамин
 - Б. Циталопрам, сертралин
 - В. Пароксетин
 - Д. Сульпирид и амисульпирид