

Депрессия



Office of
Mental Health

Содержание

Что такое «депрессия»?	1
Каковы различные формы депрессии?	1
Глубокая депрессия	1
Устойчивое депрессивное расстройство	1
Психотическая депрессия	1
Послеродовая депрессия	1
Сезонное аффективное расстройство (САР)	2
Каковы признаки и симптомы депрессии?	2
Какие заболевания часто сопутствуют депрессии?	2
Каковы причины депрессии?	3
Депрессия у женщин	4
Депрессия у мужчин	5
Депрессия у пожилых людей	5
Депрессия у детей и подростков	6
Как диагностируется и лечится депрессия?	6
Медикаменты	7
Популярные новые антидепрессанты	7
Трициклические антидепрессанты	8
ИМАО	8
Как принимать медикаменты?	8
Предупреждения FDA в отношении антидепрессантов	9
Информация о зверобое (St. John's wort)	10
Психотерапия	10

Электроконвульсивная терапия и прочие виды терапии для мозговой стимуляции	11
Как помочь близкому человеку, страдающему от депрессии?	12
Как помочь себе в случае наступления депрессии?	12
Куда обратиться за помощью?	13
Что делать при наступлении кризиса у меня или у знакомого мне человека?	14
Ссылки	15
Дополнительная информация	16

Депрессия

Что такое «депрессия»?

Каждый человек время от времени может чувствовать грусть или печаль. Такие ощущения, тем не менее, довольно скоротечны и проходят за несколько дней. В случае депрессии такие ощущения влияют на вашу повседневную жизнь, а также на повседневную жизнь ваших близких и лиц, заботящихся о вас. Депрессия - это распространенное и достаточно серьезное заболевание.

Многие люди, страдающие от депрессии, никогда не обращались за медицинской помощью. При этом, получая лечение, большинство больных, в том числе и с тяжелой формой депрессии, отмечают улучшение состояния. При лечении случаев депрессии эффективны медикаменты, психотерапия и прочие средства.

Каковы различные формы депрессии?

Различают несколько типов депрессивного расстройства.

Глубокая (общая) депрессия – тяжелые симптомы, влияющие на вашу способность заниматься трудовой деятельностью, спать, учиться, принимать пищу и радоваться жизни. Эпизод глубокой депрессии может случиться в жизни человека только один раз; однако чаще у человека отмечаются несколько эпизодов.

Депрессия - это распространенное и достаточно серьезное заболевание. Для большинства людей, страдающих от депрессии, необходимо лечение, чтобы почувствовать улучшение состояния.

Устойчивое депрессивное расстройство – депрессивные настроения, продолжающиеся не менее 2 лет. Лицо, у которого диагностировано устойчивое депрессивное расстройство, может переживать эпизоды глубокой депрессии, чередующиеся с периодами менее выраженных проявлений депрессивного состояния, на протяжении продолжительного временного периода, составляющего не менее 2 лет.

Депрессия может носить индивидуальный характер, сформировавшийся под влиянием уникальных факторов и обстоятельств.

В частности, это:

- **Психотическая депрессия**, возникающая у лиц, у которых тяжелая депрессия сопровождается той или иной формой психоза, проявляющегося, к примеру, в виде беспокоящих ложных представлений или отрыва от реальности (бредовые иллюзии), или же в виде дисбалансирующих голосов / визуальных образов, не слышимых и не видимых окружающими (галлюцинации).
- **Послеродовая депрессия**, которая гораздо серьезнее «подавленного состояния после родов», испытываемого женщинами, и при которой гормональные и физические изменения, а также новое чувство ответственности за новорожденного могут стать причиной общего угнетенного состояния. Считается, что послеродовую депрессию испытывают 10 - 15 процентов женщин.¹

- **Сезонное аффективное расстройство (САР)** - характеризуется наступлением депрессии в зимние месяцы, в отсутствие достаточного количества естественного света. Такая депрессия, как правило, уходит с наступлением весны или лета. САР достаточно эффективно лечится методом фототерапии (лечение светом), однако, почти для половины лиц, страдающих САР, получение только фототерапии не приводит к улучшению состояния. Медикаменты-антидепрессанты и психотерапия, принимаемые как сами по себе, так и в сочетании с фототерапией, также могут ослабить симптомы САР²

Биполярное расстройство, также называемое маниакально-депрессивным расстройством, не является столь же распространенным, как глубокая депрессия или устойчивое депрессивное расстройство. Биполярное расстройство характеризуется циклическими переменами настроения — от приподнятого (мания) до подавленного (депрессия).

Каковы признаки и симптомы депрессии?

Не все люди с депрессивными состояниями отмечают одни и те же симптомы депрессии. Тяжесть, частота и продолжительность симптомов зависит от индивидуальных характеристик больного, а также от особенностей его состояния.

Признаки и симптомы включают в себя:

- Навязчивое ощущение грусти, тревоги или «пустоты»
- Чувство безнадежности или пессимизм
- Чувства вины, никчемности или беспомощности
- Раздражительность, суетливость
- Утрата интереса к видам деятельности или хобби, которые ранее доставляли удовольствие, в том числе к сексу
- Утомляемость и низкая энергичность
- Трудности с концентрацией внимания, запоминанием деталей и принятием решений
- Бессонница, склонность просыпаться рано утром, избыточный сон
- Склонность к перееданию или потеря аппетита
- Суицидальные мысли, попытки самоубийства
- Боли или болевые ощущения, головные боли, спазмы или проблемы с пищеварением, не проходящие в ответ на лечение.

Какие заболевания часто сопутствуют депрессии?

Депрессия может ассоциироваться с другими заболеваниями, которые ей предшествуют, являются ее причиной или же ее следствием. При этом, у разных людей характер взаимодействия между депрессией и другими заболеваниями также разный. В любом случае, заболевания, имеющие место параллельно депрессии, необходимо диагностировать и лечить.

Депрессия зачастую сопровождается такими состояниями, как тревожные расстройства, к примеру, посттравматический стресс (ПТС), синдром навязчивых состояний, паническое расстройство, социофобия, а также генерализованное тревожное расстройство.^{3,4} Посттравматический стресс может возникать у людей, переживших потрясшие их события или прошедших тяжелые испытания,

такие как нападение, природную катастрофу, несчастный случай, террористический акт или военные действия. Люди, переживающие ПТС, особенно подвержены депрессии, которая может развиваться на фоне стресса.

В исследовании, финансируемом Национальным институтом психического здоровья (National Institute of Mental Health, NIMH), участвующими в нем специалистами отмечено, что у 40 процентов лиц, страдающих от ПТС, также наблюдается депрессия, возникающая по прошествии 4 месяцев после пережитого ими тяжелого события.⁵

Параллельно депрессии переживающие ее лица могут злоупотреблять алкогольными и прочими психоактивными веществами, а также демонстрировать зависимость от таких веществ. Как показывают профильные исследования расстройства настроения и злоупотребление психоактивными веществами имеют место параллельно.⁶

Депрессия может также сопровождать прочие серьезные медицинские заболевания, такие как болезнь сердца, инсульт, онкологические заболевания, ВИЧ/СПИД, диабет и болезнь Паркинсона. Люди, у которых депрессия проявляется параллельно другим сопутствующим заболеваниям, как правило отмечают более тяжелые симптомы как депрессии, так и заболевания, с большим трудом адаптируются к состоянию, вызванному медицинскими состояниями/особенностями, и несут более значительные расходы на медицинское обслуживание, чем люди, не страдающие депрессией на фоне заболеваний.⁷ Лечение депрессии также может улучшить результаты лечения сопутствующего заболевания.⁸

“

Я стал(а) пропускать работу, и моя подруга заметила, что со мной что-то не так. Она рассказала мне о своем опыте депрессии, а также о том, что ей помог врач.

”

Каковы причины депрессии?

Вероятнее всего, депрессию вызывает сочетание генетических, биологических, экологических и психологических факторов.

Депрессивное заболевание — это психическое расстройство головного мозга. Согласно общепринятым теориям о депрессии, в состоянии депрессии происходит разбалансировка ключевых нейромедиаторов — химических веществ, используемых клетками головного мозга для коммуникации. Однако, доказать это утверждение достаточно сложно.

Технологии построения изображений мозга, такие как магнитно-резонансная томография (МРТ), показывают, что мозг людей, пребывающих в состоянии депрессии, выглядит по-иному, нежели мозг людей, не страдающих депрессией. Участки мозга, задействованные в таких процессах, как формирование настроения, мышление, сон, возбуждение аппетита и предопределение поведения, отличаются по внешнему виду. Вместе с тем, такие изображения не показывают причины, которые привели к депрессии. Они также не могут использоваться при диагностировании депрессии.

Депрессия некоторых типов имеет наследственный характер. В то же время депрессия может

возникнуть у людей, у которых не было прецедентов депрессии по семейной линии.⁹ Исследователи изучают определенные гены, которые могут влиять на предрасположенность отдельных лиц к депрессии. Согласно некоторым генетическим исследованиям риск депрессии является результатом воздействия ряда генов, проявляющегося на фоне благоприятных экологических или прочих факторов.¹⁰ Кроме того, спровоцировать эпизод депрессии могут такие события, как травма, потеря близкого человека, сложные взаимоотношения, а также любая другая стрессовая ситуация. Эпизоды депрессии также могут случаться без воздействия каких бы то ни было провоцирующих факторов.

Исследования показывают, что депрессивное заболевание — это психическое расстройство головного мозга.

“

Мне было очень тяжело вставать из постели по утрам. Мне хотелось просто спрятаться под одеялом и ни с кем не говорить. Мне не очень хочется есть, я сильно похудел.

Ничего больше меня не радует. Я все время чувствую усталость, но, при этом, испытываю проблемы со сном по ночам. Я знал, что должен идти вперед, потому что у меня дети и работа. Я чувствовал себя настолько плохо, и казалось, что ситуация не изменится и не улучшится никогда.

”

Депрессия у женщин

Депрессия более характерна для женщин, чем для мужчин. Биологические, жизненные, гормональные и прочие психологические факторы, переживаемые женщинами, могут стать причиной их большей предрасположенности к депрессиям. Исследователи указывают на прямую зависимость химических веществ в составе мозга, которые участвуют в процессах, контролирующих эмоции и настроение, от воздействия гормонов. К примеру, женщины особенно подвержены послеродовому депрессивному синдрому, имеющему место после рождения ребенка, при котором гормональные и физические изменения, а также новое чувство ответственности за новорожденного могут стать причиной общего угнетенного состояния.

У некоторых женщин наблюдается более тяжелая форма предменструального синдрома (ПМС), называемая «предменструальное дисфорическое расстройство» (ПМДР). ПМДР связано с гормональными изменениями, происходящими в организме в период овуляции и перед началом менструации.

В процессе перехода в состояние менопаузы некоторые женщины также подвержены повышенному риску депрессии. Также с депрессией может быть связан остеопороз — истончение и потеря костной ткани.¹¹ Исследователи анализируют потенциальную связь этих состояний с депрессией, а также изучают влияние циклического повышения и снижения уровня эстрогена и прочих гормонов на химию мозга.¹²

Наконец, многие женщины имеют дело с дополнительными стрессовыми факторами, связанными с выполнением рабочих и домашних обязанностей, в частности ухаживая за детьми и престарелыми родителями, а также сталкиваясь с такими явлениями, как жестокое обращение, бедность и сложности в отношениях. На сегодняшний день не ясно, почему некоторые женщины, сталкивающиеся с мощными жизненными вызовами, страдают депрессиями, тогда как другие женщины в аналогичных условиях депрессиям не подвержены.

Депрессия у мужчин

Зачастую характер переживаний, которые испытывают мужчины в депрессивных состояниях, отличается от переживаний, испытываемых в аналогичных состояниях женщинами. Если женщинам более характерны такие чувства, как грусть, осознание собственной ничтожности и гипертрофированное чувство вины, мужчины ощущают сильную усталость, у них отмечается повышенная раздражительность, потеря интереса к деятельности, ранее доставлявшей им удовольствие, а также трудности со сном.^{13,14}

В депрессии мужчины в большей степени, чем женщины, обращаются к алкоголю или наркотикам. Они также могут демонстрировать фрустрацию/неудовлетворенность, обескураженность, раздражительность, злость, а иногда и жесткость в обращении с окружающими. Некоторые мужчины уходят с головой в работу, чтобы не говорить о своей депрессии с друзьями или членами семьи, или же начинают совершать безрассудные поступки. И, не смотря на то, что больше попыток самоубийств предпринимается женщинами, мужчин, умирающих в результате самоубийств в Соединенных Штатах, намного больше.¹⁵

Депрессия у пожилых людей

Депрессия не является нормальным явлением в процессе старения. Исследования показывают, что большинство пожилых людей удовлетворены жизнью, не смотря на проблемы со здоровьем и физическим состоянием. При этом, если у людей преклонного возраста все-таки случается депрессия, ее довольно просто оставить без внимания, поскольку пожилые люди могут демонстрировать другие и менее выраженные симптомы депрессивного расстройства. Они гораздо реже испытывают или допускают такие чувства как грусть или горе.¹⁶

Иногда чувство горя довольно сложно отличить от глубокой депрессии. Горе после утраты близкого человека - это нормальная реакция на утрату, которая, как правило, не требует профессиональной психиатрической помощи. При этом, горе, имеющее сложную природу и продолжающееся довольно долго после утраты близкого может указывать на состояние, требующее лечения. Исследователи продолжают изучать взаимосвязи между горем со сложной природой и глубокой депрессией.¹⁷

У людей преклонного возраста может быть больше специфических медицинских состояний, таких как болезнь сердца, инсульт или онкологическое заболевание, которые также могут служить источниками симптомов депрессивных состояний. Также, способствовать проявлению у них депрессии могут побочные эффекты принимаемых ими медикаментов. У некоторых пожилых людей может наблюдаться состояние, которое врачи именуют сосудистой, атеросклеротической или подкорковой ишемической депрессией. Сосудистой депрессии предшествует потеря гибкости и уплотнение кровеносных сосудов, в результате чего они подвержены стягиванию. Уплотнение сосудов препятствует нормальному кровотоку к внутренним органам, в том числе к мозгу. Люди, у которых обнаружена сосудистая депрессия, могут переживать, или же рискуют пережить заболевание сердца или инсульт.¹⁸

Не смотря на распространенное мнение о том, что попытки самоубийства чаще всего предпринимает молодежь, наибольшее количество самоубийств среди населения США происходит в демографической группе, сформированной мужчинами белой расы старше 85 лет. Многие из ее представителей страдают депрессивными расстройствами, не идентифицированными их врачами —

иногда даже за месяц до смерти.¹⁹

Состояние большинства лиц старшего возраста, страдающих депрессией, улучшается в результате лечения с применением антидепрессантов, психотерапии или же комбинированной методики (антидепрессанты плюс психотерапия).²⁰ Согласно исследованиям медикаментозное, равно как и комбинированное лечение более эффективно для снижения интенсивности проявлений депрессии у лиц старшего возраста.²¹ Лечение с применением только лишь психотерапии помогает пожилым людям, особенно тем, кто уже находится под воздействием незначительной депрессии, погасить/предупредить расстройство. Психотерапия, в частности, полезна тем, кто не способен или не хочет принимать антидепрессанты.^{22,23}

Депрессия у детей и подростков

Дети, у которых возникают симптомы депрессии, продолжают страдать от нее и во взрослом возрасте. Также дети, страдающие депрессией, более подвержены серьезным заболеваниям, которые могут развиться у них во взрослом возрасте.²⁴

Ребенок, пребывающий в депрессии, может выдавать себя за больного, отказываться идти в школу, жаться ко взрослым или волноваться, что кто-либо из родителей умрет. Дети более старшего возраста могут хандрить, иметь неприятности в школе, вести себя недоброжелательно, раздражаться, чувствовать непонимание со стороны окружающих. По мере того, как такие симптомы могут рассматриваться как нормальные поведенческие проявления, характерные для детей, проходящих различные этапы развития, иногда довольно трудно диагностировать депрессию у ребенка.

До наступления половой зрелости депрессия может в равной степени отмечаться как у мальчиков, так и у девочек. Однако, уже к 15-летнему возрасту вероятность глубоких депрессивных эпизодов у девочек по сравнению с мальчиками возрастает в два раза.²⁵

В подростковом периоде депрессия сопровождает фундаментальные физиологические и личностные перемены, — период, в котором мальчики и девочки формируют собственную идентичность, отделенную от родителей, пытаются решать свои проблемы, открывают для себя собственную сексуальность, наконец, впервые в жизни принимают самостоятельные решения. Депрессия в подростковом возрасте часто сопровождает такие расстройства, как тревожность, расстройства питания или злоупотребление психоактивными веществами. Депрессия повышает риск самоубийств.^{24,26}

В ходе клинического исследования, финансируемого Национальным институтом психического здоровья (National Institute of Mental Health, NIMH), в котором приняли участие 439 подростков с глубокой депрессией, было установлено, что наиболее эффективным способом лечения депрессивного расстройства у представителей этой демографической группы определена комбинированная терапия (объединяющая медикаментозное лечение и психотерапию).²⁷ Институт NIMH также проводит ряд других исследований, в ходе которых определяются и тестируются способы предотвращения самоубийств среди детей и молодежи.

Детская депрессия, в частности, оставшаяся без лечения, зачастую сохраняется, рецидивирует и продолжается во взрослом возрасте.

Как диагностируется и лечится депрессия?

Даже в серьезных ее проявлениях депрессия подлежит эффективному лечению. Чем раньше начнется лечение, тем выше его эффективность.

Первый шаг к адекватному лечению - посещение врача или специалиста в области психического здоровья. Некоторые медикаменты или медицинские состояния, в частности, вирусные заболевания или нарушения функций щитовидной железы, могут провоцировать симптомы, сходные с симптомами депрессии. Врач может исключить такую вероятность, проведя физический осмотр, собеседование пациента или анализ его биологического материала. Если медицинские причины, вызывающие депрессию, не обнаружены, следующий шаг - психологическая оценка.

Врач может направить вас к специалисту-психиатру, который обсудит с вами вопросы наличия случаев заболевания депрессивным расстройством в семейном анамнезе и составит полную картину ваших симптомов в динамике. Вы должны сообщить, когда ваши симптомы начали проявляться, сколько времени они продолжаются, насколько тяжелыми они являются, случались ли они ранее и, если да, то какие меры принимались для их лечения. Специалист в области психиатрии также может уточнить у вас, принимаете ли вы алкоголь или наркотики, а также думаете ли вы о смерти или самоубийстве.

После постановки диагноза лицо с депрессией может получать различное лечение. Наиболее распространенными способами лечения являются медикаментозное лечение и психотерапия.

“

Я позвонил врачу и рассказал ему, как я себя чувствую. Врач пригласил меня на осмотр и направил меня к специалисту - эксперту по лечению депрессии.

”

Медикаменты

Антидепрессанты, прежде всего, воздействуют на химические вещества мозга, называемые нейромедиаторами, в частности, на серотонин и норадреналин. Существуют антидепрессанты, воздействующие на другой нейромедиатор - допамин. Ученые установили, что эти химические вещества участвуют в процессах регулировки настроения; при этом, специалисты точно не знают, каким образом они действуют. Последняя информация в отношении медикаментов, используемых для лечения депрессии, приведена на сайте U.S. Управления по надзору за качеством продуктов питания и медикаментов США (Food and Drug Administration, FDA) по адресу www.fda.gov.

Популярные новые антидепрессанты

Некоторые новые и популярные антидепрессанты называются селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИ-ОЗС). Наиболее распространенными медикаментами типа СИ-ОЗС, назначаемыми от депрессии, в частности, являются: флуоксетин (Прозак), сертралин (Золофт), эсциталопрам (Лексапро), пароксетин (Паксил) и циталопрам (Целекса). Большинство из них доступны в непатентованных версиях. Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (СИ-ОЗН) аналогичны препаратам СИ-ОЗС; к таким препаратам, в частности, относятся: венлафаксин (Эффексор) и дулоксетин (Симбалта).

СИ-ОЗС и СИ-ОЗН вызывают меньшее количество побочных эффектов, чем более ранние антидепрессанты; в то же время, у лиц, принимающих их впервые, они могут вызвать головную боль, тошноту, нервное возбуждение или бессонницу. Интенсивность проявления таких побочных эффектов со временем затухает. Некоторые лица, принимающие СИ-ОЗС и СИ-ОЗН, также жалуются на проблемы в половой жизни, устранить которые поможет корректировка дозы или переход на другие препараты.

Еще одним популярным антидепрессантом, воздействующим на допамин, является бупропион (Велбутрин). Бупропион имеет такие же побочные эффекты, что и препараты СИ-ОЗС и СИ-ОЗН; при этом, вероятность его воздействия на качество половой жизни - ниже. В то же время оно может повысить риск эпилептических припадков.

Трициклические антидепрессанты

Трициклические антидепрессанты - это более ранние антидепрессанты. Не смотря на довольно мощный эффект, из-за серьезных побочных эффектов в современной практике трициклические антидепрессанты используются нечасто. Принимаемые людьми с проблемами сердца, они могут оказать на сердце нежелательное воздействие. Они также могут вызывать головокружение, особенно у пожилых людей. Другими побочными эффектами также являются: сонливость, сухость во рту и набор веса. Для коррекции последствий этих эффектов, как правило, меняют дозировку или переходят на другие препараты. Необходимо помнить, что передозировка трициклическими антидепрессантами представляет особую опасность. Примеры трициклических антидепрессантов: имипрамин и нортриптилин.

ИМАО

Ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО) относятся к старейшей категории антидепрессантов. Они могут быть особенно эффективными в случаях «атипичной» депрессии, к примеру, если пациент ощущает повышение, а не снижение, аппетита или недостаток, а не избыток, сна. Они также могут помочь от тревожных или панических настроений, а также от других специфических симптомов.

В то же время люди, которые принимают ИМАО, должны отказаться от определенных продуктов питания и напитков (в частности, от сыра и красного вина), содержащих вещество, называемое «тирамин». Также, принимая ИМАО, необходимо отказаться от некоторых типов противозачаточных медикаментов, рецептурных обезболивающих средств, медикаментов от простуды и аллергий, а также от гомеопатических добавок. Указанные вещества, взаимодействуя с ИМАО, могут спровоцировать опасное повышение кровяного давления. Созданный пластырь на основе ИМАО может помочь снизить такие риски. Если вы принимаете ИМАО, ваш врач должен предоставить вам полный список продуктов питания, медикаментов и прочих веществ, употребления которых вы должны избегать.

ИМАО, взаимодействуя с СИ-ОЗС, могут вызывать серьезное состояние, называемое «серотониновым синдромом», приводящее, в частности, к спутанному сознанию, галлюцинациям, повышенному потоотделению, ригидности мышц, колебаниям кровяного давления или сердечного ритма, а также к другим потенциально опасным для жизни состояниям. ИМАО нельзя принимать совместно с СИ-ОЗС.

Как принимать медикаменты?

Чтобы антидепрессанты продемонстрировали свой максимальный эффект, их необходимо принимать не менее 4 - 6 недель. Вы должны продолжать принимать медикаменты, даже если вы отмечаете улучшения состояния, чтобы не дать депрессии вернуться.

Прекращать прием медикаментов можно только по инструкциям и под наблюдением врача.

Прием некоторых медикаментов нужно прекращать постепенно, чтобы дать организму время на адаптацию. Не смотря на то, что антидепрессанты не вызывают привыкания или зависимости, внезапное прекращение их приема может спровоцировать появление симптомов абстиненции или же привести к рецидиву депрессии. Некоторым пациентам, в частности страдающим хронической или рецидивирующей депрессией, необходимо принимать медикаменты всю жизнь.

Также, если принимаемые медикаменты не приносят эффекта, рассмотрите возможность перехода на другие медикаменты. По данным исследования, финансируемого Национальным институтом психического здоровья (NIMH), люди, у которых после приема первого медикамента улучшение состояния не наступило, увеличивали свои шансы на победу над депрессией в результате перехода на другие медикаменты или добавления других медикаментов к уже принимаемым.^{28,29}

Иногда, особенно если у пациента обнаружены параллельные заболевания, вместе с антидепрессантами вводят стимуляторы, средства против тревожных состояний или другие медикаменты. При этом необходимо помнить о том, что принимаемые сами по себе стимуляторы или средства против тревожных состояний неэффективны в борьбе с депрессией, а также, что их необходимо принимать строго под контролем врача.

Немедленно информируйте врача о любых отмечаемых вами необычных побочных эффектах.

Предупреждения FDA в отношении антидепрессантов

Не смотря на сравнительную безопасность и популярность СИ-ОЗС и прочих антидепрессантов, исследования указывают на способность оказания этими медикаментами непредусмотренных побочных эффектов на организм некоторых пациентов, в особенности на организм подростков или молодых взрослых лиц. В 2004 году Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA) был проведен тщательный анализ данных опубликованных и неопубликованных контролируемых клинических исследований антидепрессантов, в которых принимали участие порядка 4 400 детей и подростков. Анализ продемонстрировал, что 4 процента лиц, принимавших антидепрессанты, допускали суицидальные мысли или предпринимали попытки самоубийства (случаи реальных самоубийств зарегистрированы не были), в то время как среди участников исследования, принимающих плацебо, количество участников с суицидальными наклонностями составило 2 процента.

Такая информация побудила Управление FDA в 2005 году начать размещать предупреждение «в черной рамке» на упаковках всех антидепрессантов, информирующее общественность о потенциальном риске возникновения суицидальных мыслей или наклонностей среди детей и подростков, принимающих антидепрессанты. В 2007 году Управление FDA предложило производителям всех антидепрессантов дополнить предупреждение, включив в него упоминание о молодых взрослых лицах в возрасте до 24 лет. Предупреждение «в черной рамке» — наиболее серьезное предупреждение, которое может размещаться на упаковке рецептурных препаратов.

Предупреждение подчеркивает важность тщательного мониторинга/контроля состояния пациентов любых возрастов, принимающих антидепрессанты, особенно в течение первых недель лечения. В частности, необходимо обращать внимание на такие побочные эффекты, как усугубление депрессии, суицидальные мысли или поведение, а также другие необычные изменения в поведении, в частности, потеря сна, возбуждение или избегание участия в рядовых социальных ситуациях. Предупреждение также указывает на необходимость информировать членов семьи и лиц, осуществляющих уход за пациентами, о необходимости тщательного мониторинга/контроля их состояния и доведения информации о любых изменениях в состоянии до сведения врача.

Необходимо тщательно контролировать состояние детей, подростков и молодых взрослых лиц,

принимающих антидепрессанты.

Результаты комплексного анализа, проведенного в период между 1988 и 2006 гг., указали на то, что польза от приема антидепрессантов очевидно превосходит риски для детей и подростков, страдающих от глубокой депрессии и тревожного расстройства.³⁰ Исследование частично финансировалось Институтом NIMH.

Также Управлением FDA выдано предупреждение о том, что совместное применение антидепрессантов СИ-ОЗС и СИ-ОЗН с распространенными «триптановыми» препаратами, используемыми против мигрени и головных болей, может вызвать представляющий угрозу жизни «серотониновый синдром», для которого характерны возбуждение, галлюцинации, повышенная температура тела, а также резкие колебания артериального давления. Не смотря на то, что наиболее опасными в этой связи являются антидепрессанты типа ИМАО, более поздние и новые антидепрессанты могут также вступать в потенциально опасное взаимодействие с другими медикаментами.

Информация о зверобое (St. John's wort)

Экстракт травы зверобой (St. John's wort) (Hypericum perforatum) является традиционным народным и гомеопатическим лекарственным средством. На сегодняшний день в Европе он используется как средство для облегчения умеренной депрессии. В Соединенных Штатах Америки он является одним из наиболее продаваемых гомеопатических средств.

В рамках 8-недельного исследования с участием 340 пациентов с диагностированной глубокой депрессией действие зверобоя сравнивали с действием популярного антидепрессанта типа СИ-ОЗС и плацебо («сахарная пилюля»). В результате исследования было установлено, что в качестве средства лечения глубокой депрессии эффективность зверобоя не превосходила эффективности плацебо.³¹ При этом при лечении незначительной или умеренной депрессии эффективность зверобоя может быть выше. Возможности использования зверобоя в качестве средства против депрессии в настоящее время изучаются.

Зверобой может вступать во взаимодействие с другими медикаментами, в частности с медикаментами, используемыми для контроля ВИЧ-инфекции. В 2000 году Управление FDA выпустило информационный бюллетень, в котором было указано, что гомеопатическое средство может взаимодействовать с различными медикаментами, используемыми для лечения сердечных заболеваний, депрессии, эпилепсии, некоторых видов рака, а также с медикаментами, используемыми для предупреждения отторжения органом трансплантируемых органов. Данное гомеопатическое средство также может снизить эффективность пероральных противозачаточных средств. Перед тем, как принимать любые гомеопатические средства или добавки, проконсультируйтесь с врачом.

Психотерапия

Психотерапия, или «терапевтические беседы», может оказать помощь людям с депрессией.

При лечении депрессии, в частности, эффективна психотерапия двух типов - «когнитивная поведенческая терапия» (КПТ) и межличностная терапия (МТ). КПТ помогает людям в депрессией, перестраивая алгоритмы негативного мышления. Таким образом люди начинают интерпретировать

окружающую их среду и взаимодействия с другими людьми в позитивном и реалистичном ключе. Этот режим психотерапии также может помочь в распознании факторов, которые способствуют депрессии, а также в коррекции моделей и стиля поведения, которые ее усугубляют. МТ обеспечивает людям понимание ситуации и помогает им пройти через проблемные отношения, которые вызывают или усугубляют депрессию.

При лечении легкой или умеренной депрессии психотерапия, по всей вероятности, является оптимальным вариантом. В то же время, одной психотерапии будет недостаточно для лечения тяжелой депрессии или отдельных случаев депрессии. Для лечения глубокой депрессии и снижения вероятности ее рецидива у подростков максимальный эффект оказывает комбинированная терапия (медикаменты плюс психотерапия).²⁷ По данным еще одного исследования, изучающего способы лечения от депрессии взрослых более старшего возраста, люди, организм которых положительно реагировал на первичное лечение в виде медикаментозных курсов и МТ, были менее подвержены рецидивам расстройства, если они продолжали получать первичное лечение в течение минимум 2 лет.²³

“

Сейчас я регулярно посещаю специалиста с целью «терапевтических бесед» - они помогают мне узнать, как справляться с моим расстройством в повседневной жизни; я также принимаю медикаменты от депрессии.

”

Электроконвульсивная терапия и прочие виды терапии для мозговой стимуляции

В случаях, в которых медикаменты и/или психотерапия не помогают облегчить симптомы терапевтически резистентной депрессии, полезной может оказаться электроконвульсивная терапия (ЭКТ). ЭКТ, ранее известная как «шоковая терапия», имела плохую репутацию. В последние годы этот вид терапии существенно и качественно эволюционировал, и на сегодняшний день можно говорить о том, что он улучшает самочувствие людей с глубокой депрессией, для которых другие виды лечения оказались неэффективными.

Перед началом ЭКТ пациенту вводят кратковременную анестезию и дают мышечный релаксант. Во время сеанса терапии пациент спит и не ощущает / не осознает воздействие электрических импульсов. Пациент просыпается и приходит в сознание в течение 1 часа после сеанса терапии, который длится всего несколько минут.

Как правило, пациенты проходят сеансы ЭКТ несколько раз в неделю; часто им параллельно прописывают антидепрессанты или другие медикаменты. Режим лечения ЭКТ носит индивидуальный характер - от нескольких сеансов для одних пациентов, до регулярного лечения (обычно, начинающегося с одного сеанса в неделю с постепенным сокращением периодичности лечения до месячной) для других. На постоянной основе проводятся финансируемые Институтом NIMH исследования ЭКТ, ориентированные на создание

индивидуализированных поддерживающих курсов терапии.

ЭКТ может вызвать некоторые побочные эффекты, в том числе спутанность сознания, дезориентацию и потерю памяти. Как правило побочные эффекты краткосрочны, которые, иногда, могут затянуться. Новые методы применения терапии снизили степень потери памяти и уровень когнитивных осложнений, связываемых с ЭКТ. По данным исследований по прошествии 1 года после ЭКТ большинство пациентов не демонстрировали нежелательных когнитивных эффектов.³²

В любом случае перед получением ЭКТ пациенты всегда подписывают согласие на основании полученной информации, предусмотренное для обеспечения у них понимания потенциальных преимуществ и рисков лечения.

Другими недавно введенными в практику видами терапии для мозговой стимуляции, которые используются при лечении тяжелой депрессии, являются, в частности, стимуляция блуждающего нерва (СБН), и периодическая транскраниальная магнитная стимуляция (пТМС). Эти виды терапии пока не нашли широкого применения, однако, по мнению исследователей, они имеют потенциал.

Как помочь близкому человеку, страдающему от депрессии?

Депрессивное состояние знакомых и близких вам людей также влияет и на вас. Помогая вашим знакомым/близким, прежде всего обеспечьте получением ими адекватных диагноза и лечения. К примеру, помогите вашему знакомому записаться на прием и сопроводите его на прием к врачу. Настоятельно рекомендуем вашему близкому человеку не бросать лечение или же пробовать другие варианты лечения, если по прошествии 6 - 8 недель его состояние не улучшается.

Чтобы помочь другу или родственнику, вы можете:

- Предложить ему эмоциональную поддержку, понимание, поощрение и терпение.
- Говорить с ним и внимательно его слушать.
- Не забывая о чувствах, указывать на реальное положение вещей и поддерживать надежду.
- Не игнорировать суицидальные комментарии, сообщать о них психотерапевту или врачу вашего близкого человека.
- Приглашать вашего близкого человека на прогулки, в поездки, на другие мероприятия. Попытайтесь переубедить его в случае несогласия, но не настаивайте, чтобы не заставлять и не форсировать.
- Помогайте посещать приемы у врача.
- Напоминайте вашему близкому человеку о том, что со временем и в условиях последовательного лечения его состояние улучшится.

Как помочь себе в случае наступления депрессии?

Если у вас депрессия, вы можете чувствовать опустошенность, беспомощность и безысходность. Вам может быть невероятно сложно сделать первый шаг на пути помощи себе. Однако, по мере того, как признаете наличие у вас депрессивного состояния и начнете лечение, вы почувствуете себя лучше.

Чтобы помочь себе:

- Не ждите слишком долго - пройдите обследование и начните лечение. Данные исследований говорят о том, что, чем дольше вы ждете, тем сложнее задача, которую вам предстоит решить. Попробуйте как можно скорее проконсультироваться со специалистом.
- Оставайтесь активным(-ой) и не забывайте о физических упражнениях. Ходите в кино, на игры / матчи, на другие мероприятия, которые интересовали вас ранее.
- Ставьте перед собой реалистичные задачи.
- Разбивайте большие задачи на несколько маленьких, расставляйте приоритеты, и выполняйте все, что вам по силам, и так, как вы сможете.
- Пытайтесь проводить время с другими людьми, делитесь мыслями, которые вас беспокоят, с другом или свои родственником, которому вы доверяете. Избегайте самоизоляции, позволяйте другим помочь вам.
- Ожидайте, что ваше настроение нормализуется постепенно, не сразу. Не ждите, что вы быстро избавитесь от депрессии. Часто, в ходе лечения, перед нормализацией настроения пациенты отмечают нормализацию сна и аппетита.
- Отложите принятие важных решений, связанных с вступлением в брак, разводом или переходом на другую работу - дождитесь, когда вам станет лучше. Обсудите ваши решения с окружающими, которые вас хорошо знают, и имеют объективное представление о той или иной ситуации.
- Помните, что позитивное мышление вытеснит негативные мысли по мере того, как ваш организм будет реагировать на лечение.
- Продолжайте расширять свои знания о депрессии.

Ситуация не изменилась за одну ночь, но я нашел(-ла) в себе желание радоваться жизни и уделять внимание детям.

Куда обратиться за помощью?

Если вы не знаете, к кому вы можете обратиться за помощью, спросите об этом вашего семейного врача. Вы также можете обратиться к специалистам / в организации, перечисленные ниже.

Ресурсы в сфере поддержания психического здоровья

- Специалист в области психического здоровья, к примеру: психиатры, психологи, социальные работники или консультанты по вопросам психического здоровья
- Страховые медицинские организации
- Общественные организации в сфере психического здоровья
- Отделения психиатрии в больницах и амбулаториях
- Программы в сфере психического здоровья на базе университетов и медицинских учебных заведений
- Клиники-амбулатории на базе государственных больниц

- Организации по работе с семьями, социальные агентства или религиозные организации
- Группы поддержки со стороны получателей психиатрической помощи
- Частные клиники и учреждения
- Программы помощи трудовому коллективу
- Местные медицинские и/или психиатрические общества
- Обратитесь к телефонному справочнику, в частности, к информации в разделах «психическое здоровье», «здоровье», «социальные услуги», «горячие линии» или «врачи», в которых указаны номера телефонов и адреса. Врач отделения экстренной помощи также может предоставить вам временную помощь; он расскажет вам куда обратиться за дальнейшей помощью.

Где найти помощь

Программы Управления по вопросам охраны психического здоровья в штате Нью-Йорк

В разделе программ Управления по вопросам охраны здоровья штата Нью-Йорк приведена информация в отношении всех программ, организованных в штате Нью-Йорк, которые реализованы, лицензированы и финансируются Управлением по вопросам охраны психического здоровья (ОМН). На соответствующем веб-сайте предусмотрены три режима поиска: Базовый поиск, Расширенный поиск и Весь каталог. Разъясняющая информация по всем программам доступна во вкладке «Поддержка» (Support), в которой также предусмотрен раздел справки и информация по компиляции данных программ. Найдите услуги рядом с вами. Приложение по программам доступно здесь: omh.ny.gov

Поиск программ лечения лиц с психическими расстройствами

Администрация, курирующая услуги населению в связи с проблемами психического здоровья и злоупотреблением психоактивными веществами (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) предоставляет доступ к онлайн-ресурсу, используемому для поиска учреждений и программ, ориентированных на помощь лицам, страдающим от психических расстройств. Система поиска программ лечения лиц с психическими расстройствами, которая является разделом Системы поиска программ обслуживания лиц с поведенческими расстройствами, приводит список учреждений, представляющих услуги лицам с психическими расстройствами и состояниями. Ищите профильные учреждения в вашем штате здесь: <https://findtreatment.samhsa.gov/>

Что делать при наступлении кризиса у меня или у знакомого мне человека?

Если у вас или у знакомого вам человека возникают мысли о членовредительстве, немедленно расскажите об этом, чтобы получить немедленную помощь:

- Не оставляйте друга или родственника одного, не отгораживайтесь от него.
- Позвоните вашему врачу.
- Позвоните 911, обратитесь в отделение неотложной помощи больницы, чтобы получить помощь немедленно, или же попросите своего друга или члена семьи помочь вам принять эти меры.
- Звоните на бесплатный номер Национальной горячей линии по вопросам предупреждения самоубийств 1-800-273-TALK (1-800-273-8255); номер телетайпа (TTY): 1-800-799-4TTY (4889), чтобы проконсультироваться с квалифицированным консультантом.

Ссылки

1. Altshuler LL, Hendrich V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period (Курс по теме расстройств настроения в период беременности и после родов). *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 59:29.
2. Rohan KJ, Lindsey KT, Roeklein KA, Lacy TJ. Cognitive-behavioral therapy, light therapy and their combination in treating seasonal affective disorder (Когнитивно-поведенческая терапия, фототерапия и их комбинации при лечении сезонного аффективного расстройства). *Journal of Affective Disorders*, 2004; 80:273–283.
3. Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kaelber CT, Schatzberg AF. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders (Распространенность тревожных расстройств и их коморбидность с расстройствами настроения и аддиктивными расстройствами). *British Journal of Psychiatry*, 1998; 173(Suppl. 34):24–28.
4. Devane CL, Chiao E, Franklin M, Kruep EJ. Anxiety disorders in the 21st century: status, challenges, opportunities, and comorbidity with depression (Тревожные расстройства в XXI веке: статус, вызовы, возможности и коморбидность с депрессией). *American Journal of Managed Care*, 2005 Oct; 11(Suppl. 12):S344–353.
5. Shalev AY, Freedman S, Perry T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, Pitman RK. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma (Перспективные исследования посттравматического стрессового расстройства и депрессии после травмы). *American Journal of Psychiatry*, 1998; 155(5):630–637.
6. Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (Пожизненная коморбидность расстройств DSM-IV - расстройство поведения, тревожных расстройств и расстройств, связанных с приемом определенных наркотических веществ: результаты Национального эпидемиологического исследования состояний, вызванных алкоголем, а также связанных состояний). *Journal of Clinical Psychiatry*, 2006 Feb; 67(2):247–257.
7. Cassano P, Fava M. Depression and public health, an overview (Депрессия и здоровье населения, обзор). *Journal of Psychosomatic Research*, 2002; 53:849–857.
8. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness (Влияние глубокой депрессии на хронические заболевания). *Journal of Psychosomatic Research*, 2002; 53:859–863.
9. Tsuang MT, Faraone SV. The genetics of mood disorders (Генетика расстройств настроения). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1990.
10. Tsuang MT, Bar JL, Stone WS, Faraone SV. Gene-environment interactions in mental disorders (Взаимодействия генов и среды в контексте ментальных расстройств). *World Psychiatry*, 2004 June; 3(2):73–83.
11. Eskandari F, Martinez PE, Torvik S, Phillips TM, Sternberg EM, Mistry S, Ronsaville D, Wesley R, Toomey C, Sebring NG, Reynolds JC, Blackman MR, Calis KA, Gold PW, Cizza G, для академической группы POWER Study Group. Low bone mass in premenopausal women with depression (Низкая костная масса у женщин с депрессией в предклимактерическом периоде). *Archives of Internal Medicine*, 2007 Nov 26; 167(21):2329–2336.
12. Rubinov DR, Schmidt PJ, Roca CA. Estrogen-serotonin interactions: implications for affective regulation (Взаимодействие «эстроген-серотонин»: значение в контексте регуляции аффективных проявлений). *Biological Psychiatry*, 1998; 44(9):839–850.
13. Pollack W. Mourning, melancholia and masculinity: recognizing and treating depression in men (Горе, меланхолия и мужественность: распознавание и лечение депрессии у мужчин). В статье: Pollack W, Levant R, eds. *New Psychotherapy for Men (Новая психотерапия для мужчин)*. New York: Wiley, 1998; 147–166.
14. Cochran SV, Rabinowitz FE. Men and Depression: clinical and empirical perspectives (Мужчины в депрессии: клинические и эмпирические перспективы). San Diego: Academic Press, 2000.
15. Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. Deaths: final data for 2002 (Смерти: окончательные данные за 2002 год). *National Vital Statistics Reports*; 53(5). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2004.
16. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial (Помощь лицам в состоянии горя сложной природы: рандомизированное контролируемое исследование). *Journal of the American Medical Association*. 2005; 293:2601–2608.
17. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life (Депрессия без печали: альтернативные проявления депрессии в старшем возрасте). *American Family Physician*, 1999; 60(3):820–826.
18. Krishnan KRR, Taylor WD, et al. Clinical characteristics of magnetic resonance imaging-defined subcortical ischemic depression (Клинические характеристики подкорковой ишемической депрессии, обнаруженной методом магнитно-резонансной томографии). *Biological Psychiatry*, 2004; 55:390–397.
19. Luoma JB, Pearson JL, Martin CE. Contact with mental health and primary care prior to suicide: a review of the evidence (Контакт с специалистами в области психиатрии и первичной медицинской помощи до самоубийства: обзор информации). *American Journal of Psychiatry*, 2002; 159:909–916.
20. Little JT, Reynolds CF III, Dew MA, Frank E, Begley AE, Miller MD, Cornes C, Mazumdar S, Perel JM, Kupfer DJ. How common is resistance to treatment in recurrent, nonpsychotic geriatric depression? (Распространенность неприятия лечения рецидивирующей старческой депрессии). *American Journal of Psychiatry*, 1998; 155(8):1035–1038.
21. Reynolds CF III, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, Mazumdar S, Houck PR, Dew MA, Stack JA, Pollock BG, Kupfer DJ. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years (Нортриптилин и межличностная психотерапия как виды поддерживающей терапии при рецидивирующей глубокой депрессии: рандомизированное контролируемое исследование с участием пациентов старше 59 лет). *Journal of the American Medical Association*, 1999; 281(1):39–45.
22. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce MI, Conwell Y, Katz IR, Meyers BS, Morrison MF, Mossey J, Niederehe G, Parmelee P. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update (Диагностирование и лечение депрессии в пожилом возрасте: обновленная версия декларации согласия). *Journal of the American Medical Association*, 1997; 278(14):1186–1190.
23. Reynolds CF III, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, Miller MD, Houck PR, Mazumdar S, Butters MA, Stack JA, Schlernitzauer MA, Whyte EM, Gildengers A, Karp J, Lenze E, Szanto K, Bensi S, Kupfer DJ. Maintenance treatment of major depression in old age (Поддерживающее лечение глубокой депрессии в пожилом возрасте). *New England Journal of Medicine*, 2006 Mar 16; 354(11):1130–1138.
24. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wichramaratne P. Depressed adolescents grown up (Бывшие подростки с депрессивным расстройством). *Journal of the American Medical Association*, 1999; 281(18):1701–1713.
25. Cyrulowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression (Влияние осознания гендерных различий у подростков на пожизненные показатели глубокой депрессии). *Archives of General Psychiatry*, 2000; 57:21–27.
26. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman R, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide (Психиатрические диагнозы в случаях самоубийств детей и подростков). *Archives of General Psychiatry*, 1996; 53(4):339–348.

27. March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, Domino M, McNulty S, Vitiello B, Severe J. Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) team (команда исследования способов лечения подростков с депрессивным расстройством). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial (Флуоксетин, когнитивно-поведенческая терапия и их сочетание для лечения подростков с депрессией: рандомизированное контролируемое исследование способов лечения подростков с депрессивным расстройством). *Journal of the American Medical Association*, 2004; 292(7):807–820.
28. Rush JA, Trivedi MH, Wisniewski SR, Stewart JW, Nierenberg AA, Thase ME, Ritz L, Biggs MM, Warden D, Luther JF, Shores-Wilson K, Niederehe G, Fava M. Bupropion-SR, Sertraline, or Venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression (Бупропион-SR, Сертрали или Венлафаксин-XR после неэффективного лечения с применением СО-ОЗС). *New England Journal of Medicine*, 2006 Mar 23; 354(12):1231–1242.
29. Trivedi MH, Fava M, Wisniewski SR, Thase ME, Quitkin F, Warden D, Ritz L, Nierenberg AA, Lebowitz BD, Biggs MM, Luther JF, Shores-Wilson K, Rush JA. Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression (Наращивание медикаментозной терапии после неэффективного лечения депрессии с применением СО-ОЗС). *New England Journal of Medicine*, 2006 Mar 23; 354(12):1243–1252.
30. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, Ren L, Brent DA. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment, a meta-analysis of randomized controlled trials (Клинический отклик и риски в связи с суицидальным мышлением и суицидальными попытками в контексте лечения педиатрических пациентов антидепрессантами - мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований). *Journal of the American Medical Association*, 2007; 297(15):1683–1696.
31. Группа клинического исследования действия зверобоя в случае депрессивного расстройства. Эффект зверобоя продырявленного (Hypericum perforatum, St. John's wort) при лечении депрессивного расстройства: рандомизированное контролируемое исследование. *Journal of the American Medical Association*, 2002; 287(14):1807–1814.
32. Lisanby SH. Electroconvulsive therapy for depression (Электроконвульсивная терапия и лечение депрессии). *New England Journal of Medicine*. 2007; 357:1939–1945

Дополнительная информация

Посетите веб-сайт Medline Plus Национальной медицинской библиотеки (National Library of Medicine):

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>

На испанском языке (en Español):

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/>

Информация о клинических исследованиях:

<http://www.nlm.nih.gov/health/trials/index.shtml>

База данных клинических исследований Национальной медицинской библиотеки (National Library of Medicine):

<http://www.clinicaltrials.gov/>

Управление по вопросам охраны психического здоровья в штате Нью-Йорк благодарит Национальный институт психического здоровья за предоставление информации, вошедшей в настоящую брошюру.

Июль 2018 г.

По вопросам или с жалобами в отношении обслуживания в сфере охраны и поддержания психического здоровья, получаемого на территории штата Нью-Йорк, обращайтесь в Управление по вопросам охраны психического здоровья в штате Нью-Йорк по адресу:

Управление по вопросам охраны психического здоровья в штате Нью-Йорк
Customer Relations
44 Holland Avenue
Albany, NY 12229
(800) 597-8481 (звонки бесплатны)

Чтобы получить информацию в отношении обслуживания в сфере охраны и поддержания психического здоровья, доступного в вашей общине, обратитесь в ближайшее к вам региональное отделение Управления по вопросам охраны психического здоровья в штате Нью-Йорк:

Западное региональное отделение в штате Нью-Йорк
737 Delaware Avenue, Suite 200
Buffalo, NY 14209
(716) 885-4219

Центральное региональное отделение в штате Нью-Йорк
545 Cedar Street, 2nd Floor
Syracuse, NY 13210-2319
(315) 426-3930

Региональное отделение на реке Гудзон
10 Ross Circle, Suite 5N
Poughkeepsie, NY 12601
(845) 454-8229

Региональное отделение в Лонг-Айленде
998 Crooked Hill Road
Building #45-3
West Brentwood, NY 11717-1087
(631) 761-2886

Региональное отделение по городу Нью-Йорк
330 Fifth Avenue, 9th Floor
New York, NY 10001-3101
(212) 330-1650



Office of
Mental Health

Наступил кризис?

Мы выслушаем вас.

Отправьте текстовое сообщение
Got5 на номер 741741

Национальная горячая линия
по вопросам предупреждения
самоубийств

1-800-273-TALK (8255)

Звонки (бесплатные) принимаются
круглосуточно и без выходных.

Услуги консультантов линии
доступны всем желающим.
Все звонки конфиденциальны.

Номер телетайпа (TTY):
1-800-799-4TTY (4889)

В контакте с ОМН



www.facebook.com/nysomh



[@nysomh](http://www.twitter.com/nysomh)



www.youtube.com/user/nysomh



Чтобы получить дополнительную информацию в отношении настоящей публикации, обратитесь в Отделение по вопросам взаимодействия с общественностью и информирования населения:

NYS OMH Community Outreach
and Public Education Office
44 Holland Avenue
Albany, NY 12229
(800) 597-8481 (бесплатная линия)
www.omh.ny.gov