

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом по
(наименование кафедры)

Рецензия д.м.н. Березовская Марина Анатольевна
(Ф.И.О., ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности психиатрия
(Ф.И.О. ординатора)

Тема реферата Аррентивные расстройства

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+ / —
6.	Логичность доказательной базы	+ / —
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	—
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	4 / пересчит /

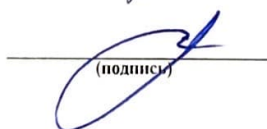
Дата: «__» _____ 20__ год

Подпись рецензента


(подпись)

Березовская М.А.
(Ф.И.О. рецензента)

Подпись ординатора


(подпись)

Садикова В.В.
(Ф.И.О. ординатора)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

На тему: Аффективные расстройства

Выполнил: ординатор специальности Психиатрия
Газенкамф Виталий Викторович

Проверил: д.м.н. Березовская Марина Альбертовна

Содержание

1. Актуальность.....	3
2. Распространённость.....	4
3. Классификация аффективных психозов.....	5
4. Разновидности течения.....	6
5. Клинические проявления и течение.....	7
5.1. Депрессивные состояния.....	7
5.2 Маниакальные состояния.....	8
5.3 Смешанные состояния.....	10
6. Шизоаффективное расстройство.....	11
7. Аффективные расстройства непсихотического уровня.....	13
8. Лечение.....	16
9. Выводы.....	18
10. Список литературы.....	19

Актуальность

Депрессии и мании были известны со времен Гиппократов. Тогда господствовала гуморальная теория их патогенеза, и она удивительным образом перекликается с современными представлениями о нейроэндокринных и медиаторных нарушениях при аффективных расстройствах. Маниакально-депрессивный психоз (МДП), известный также под названиями циклофрения, циркулярный психоз был впервые описан в середине XIX века в работах французских психиатров Фальре (1854) («циркулярный психоз») и Байярже (1854) («двойственный психоз»). Позже (1996) Крепелин выделил МДП в самостоятельную нозологическую единицу, дифференцировав его от раннего слабоумия (*dementia praecox*) на основании фазно-периодического течения, единства аффективных — депрессивных и маниакальных расстройств, более благоприятного исхода и преобладания в клинической картине эмоциональных нарушений. Со временем обнаружились слабые стороны концепции единого циркулярного психоза. Стала очевидной расплывчатость границ МДП, позволявшая относить к нему такие заболевания, как шизоформные психозы, ремиттирующая кататония и др. Это привело к постепенному пересмотру концепции. Границы аффективных психозов значительно расширились в результате включения в эту группу атипичных биполярных психозов, не соответствующих традиционному понятию МДП. Их стали рассматривать как переходные формы не только между моно- и биполярными аффективными психозами, но и как промежуточные варианты в континууме от шизоаффективного психоза до нормы. Таким образом утрачивалась их нозологическая специфичность. Почти 60 лет спустя, в 1957 г., Леонгард поделил МДП на биполярный (с маниакальными и депрессивными приступами) и монополярный (только с депрессивными или только с маниакальными приступами) типы. Такие представления о клинической и генетической гетерогенности моно- и биполярных аффективных психозов получили широкое распространение в современной психиатрии. Более того, монополярный и биполярный типы были разделены на дополнительные клинические варианты. Биполярное аффективное расстройство рассматривается только лишь как один из них. В 1960-х гг. впервые были получены генетические и другие научные доказательства разделения аффективных психозов на униполярный/биполярный тип, и лишь в 1990 г. это разделение было зафиксировано в диагностических критериях международных классификаций.

Актуальность темы аффективных расстройств заключается в их высокой распространенности и серьезном влиянии на качество жизни людей. Аффективные расстройства, такие как депрессия, биполярное расстройство, и другие, могут привести к значительному страданию, снижению производительности, социальной изоляции и даже самоубийству. Поэтому изучение диагностики, лечения и социальной поддержки при аффективных расстройствах остается актуальной задачей для психиатров, психотерапевтов, и других специалистов в области психического здоровья. В связи с этим, появляются новые исследования, методики лечения и подходы к социальной поддержке, которые необходимо изучать и применять в практике для улучшения результатов лечения и качества жизни пациентов.

Распространённость

Распространённость БАР в популяции, по данным разных эпидемиологических исследований, составляет от 0,5% до 2%, риск его развития в течение жизни, по некоторым данным, достигает 5%, принимая во внимание субсиндромальные формы — до 12%. Значительный разброс показателей распространённости объясняется рядом методологических причин, прежде всего — недостаточной чувствительностью эпидемиологических критериев, позволяющих выявлять лишь часть аффективных психозов (с лучшим выявлением БАР 1 типа). Распространённость БАР у мужчин и женщин примерно одинакова, а монополярная депрессия и дистимия у женщин наблюдаются почти в два раза чаще. Многие данные указывают на повышенную вероятность развития при аффективных расстройствах различных зависимостей.

Классификация аффективных психозов

С учетом клиники и прогноза разновидности аффективного психоза классифицируются в зависимости от соотношения и преобладания в картине заболевания разных аффективных полюсов.

Выделяют следующие типы аффективных психозов:

- 1) *монополярный депрессивный* (МКБ-10 — рекуррентное депрессивное расстройство) — на всем протяжении болезни периодически возникают исключительно депрессивные фазы.
- 2) *монополярный маниакальный* (МКБ-10 — рекуррентные маниакальные эпизоды), при котором развиваются только маниакальные фазы (встречается крайне редко);
- 3) *биполярный с преобладанием депрессивных состояний* (МКБ-10 — биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод, в DSM-V Биполярное аффективное расстройство, II тип), при котором в картине аффективного психоза наряду с преобладающими по числу и степени выраженности депрессивными фазами наблюдаются кратковременные эпизоды гипоманий;
- 4) *биполярный с преобладанием маниакальных состояний* (МДП; в МКБ-10 — биполярное аффективное расстройство, маниакальный эпизод, в DSM-V Биполярное аффективное расстройство, I тип), характеризуется количественным преобладанием и большей интенсивностью маниакальных расстройств по сравнению с депрессивными;
- 5) *отчетливо биполярный тип* («классический» МДП; в МКБ-10 — биполярное аффективное расстройство, маниакальный и депрессивный эпизоды) с регулярной сменой и примерно равным количеством депрессивных и маниакальных фаз.

Разновидности течения

Наиболее распространенным является **циркулярный** (*периодический, или интермиттирующий*) тип течения, когда наблюдается относительно регулярное чередование аффективных фаз и интермиссий (данная форма течения описана Фальре). При циркулярной форме различают течение медленными циклами (с периодичностью циклов не более 2 фаз в год) и быстрыми циклами (до 4 и более циклов в год). Выделяется также сверхчастая смена полюсов аффекта (в пределах 1 сут).

Разновидностью течения может быть **континуальный** («альтернирующий») тип (*psychosis circularis continua* С.С. Корсакова), когда смена аффективных фаз разной полярности происходит непрерывно, без светлых промежутков. Фазы оказываются сдвоенными, строенными и т.д. (этот тип описал Байярже).

Традиционно принято считать, что аффективные психозы имеют более благоприятный прогноз в сравнении с другими психотическими расстройствами. Однако следует учесть, что это касается в первую очередь самих фаз, а не заболевания в целом. Согласно современным представлениям, пациенты, страдающие аффективными психозами, хуже социально адаптированы, занимают более низкую социально-экономическую нишу, чем люди того же уровня образования, страдают от когнитивного дефицита, сохраняющегося и в интермиссии. В целом монополярные формы по сравнению с биполярными прогностически более благоприятны, поскольку повторные фазы возникают реже, а интермиссии относительно продолжительны (от 3 до 4 лет). При «классическом» биполярном расстройстве за 1 год у больных отмечается более 1 фазы, а средняя длительность интермиссий укорачивается до 2 лет. Однако при монополярном психозе фазы наиболее продолжительны (в среднем 6–12 мес); а при биполярном расстройстве в среднем составляют 3–4 мес. Несмотря на то, что каждый отдельный приступ при монополярном депрессивном психозе обычно хорошо поддается терапии, примерно у 30% больных отмечается неполное выздоровление и примерно у 20% — хроническое течение. Затяжные и фармакорезистентные депрессии встречаются в 2 раза чаще (24%), чем при БАР (11%).

Прогноз ухудшается:

- а) при манифестации заболевания маниакальной фазой;
- б) при доминировании маниакальных фаз в динамике заболевания;
- в) при формировании смешанных состояний;
- г) при наличии аффективных бредовых расстройств (бред греховности, бред Котара, меланхолическая парафрения, бред величия, бред реформаторства);
- д) при аномальной структуре личности пациента в преморбиде. В подобных случаях чаще возникают повторные фазы, выше вероятность перехода в континуальное течение, выше показатели снижения социально-трудовой адаптации и инвалидизации.

Описано одноприступное течение, когда больной в течение жизни переносит только одну аффективную фазу, маниакальную или депрессивную. Случается, что первую фазу больной переносит в юности, а следующую — только в период инволюции. По мнению Н.И. Weitbrecht (1967), о фазной динамике можно говорить лишь в случае, если пациент переносит более одного приступа.

Клинические проявления и течение

Основным признаком аффективного психоза является возникновение аффективных расстройств в виде депрессивных и маниакальных фаз (эпизодов, приступов), т.е. аффективных синдромов. Но только в 30–40% наблюдений клинические проявления депрессий и маний соответствуют типичному, или классическому, аффективному синдрому. В большинстве случаев по проявлениям основных симптомов триады и преобладанию соматовегетативных, навязчивых, тревожно-фобических, сенестоипохондрических нарушений они атипичны. Рассмотрим более подробно депрессивные и маниакальные психозы, с которых начинается болезнь, т.е. манифестные состояния.

Депрессивные состояния

Депрессия и тревожные расстройства — одни из самых распространенных психических заболеваний. Смертность, частота осложнений и нетрудоспособность при депрессии почти такие же, как при сердечно-сосудистых заболеваниях, и поэтому ее диагностика и лечение чрезвычайно важны. Часто депрессивные приступы возникают внезапно, на фоне полного благополучия; в иных случаях они провоцируются психотравмирующими событиями, но далее симптоматика развивается независимо от внешних воздействий. Чаще (90%) аффективный психоз манифестирует депрессивной фазой. В зависимости от преобладания в структуре синдрома тех или иных проявлений депрессии приближаются к астенодинамическому, анестетическому или к «классическому» тоскливому варианту. Однако лишь в трети случаев манифестные депрессии можно определить как отчетливо эндогенные.

Атипичность проявляется в том, что депрессивные синдромы не полностью соответствуют понятию типичной эндогенной депрессии, включают полиморфную неврозоподобную (тревнофобическую, сенестоипохондрическую симптоматику), а структура этих синдромов очень часто соответствует реактивной или эндореактивной депрессии.

Реактивные депрессии возникают в связи с тяжелыми психотравмирующими ситуациями. Клиническая картина характеризуется быстрым нарастанием аффективных расстройств, сохранением на всем протяжении болезненного состояния психологически понятной связи клинических проявлений депрессии с содержанием психотравмы. Преобладают чувство безразличия и безысходности, пассивность, претензии к окружающим. Больные сосредоточены на обстоятельствах психической травмы, не в состоянии отвлечься от тягостных переживаний, постигшего их несчастья, беспокоит поверхностный сон с кошмарными сновидениями. Идеи самообвинения связаны с психотравмой. Суточный ритм изменений настроения не только не выражен, но часто извращен. Отмечаются значительные вегетативные нарушения в виде приступов тахикардии, потливости, колебаний АД. Синдромологически реактивные депрессии представлены тревожно-фобическим, астенодинамическим и истеродепрессивным вариантами. Длительность такого депрессивного состояния около 3 мес.

Эндореактивные депрессии, как и реактивные, развиваются после воздействия экзогении, однако четкой корреляции с остротой и силой психогении здесь не наблюдается. Начальные проявления характеризуются развитием депрессивного состояния, основное содержание которого определяется психотравмирующей ситуацией. Больные обвиняют в случившемся стечение обстоятельств, драматизируют их. На первый план выступает озабоченность плохим самочувствием. В дальнейшем усиливаются эндогенные черты с физическим ощущением «душевной боли», появляются элементы двигательной и идеаторной заторможенности. Больные отмечают исчезновение легкости, пластичности в движениях, затруднения в выполнении счетных операций (хотя стараются объяснить это забывчивостью). Через некоторое время психотравма окончательно утрачивает свою

актуальность. Начинают преобладать идеи самообвинения и греховности, тревожно-фобические расстройства, более очерченными становятся типичные суточные изменения самочувствия с улучшением настроения в вечерние часы и соматовегетативные признаки депрессии. Эндореактивная депрессия более длительна (в среднем около 6 мес).

Реактивными и эндореактивными депрессиями в большинстве случаев начинается монополярный депрессивный психоз (рекуррентное депрессивное расстройство). Заболевания обычно начинается после 30 лет. Депрессивные фазы на всем протяжении болезни носят затяжной характер. В динамике заболевания их продолжительность остается постоянной или незначительно увеличивается. Выход из фазы продолжается в течение 3–4 нед. Длительно сохраняются астеновегетативные расстройства в виде повышенной утомляемости, слезливости, раздражительности или тревожные опасения, связанные с предстоящей выпиской из стационара. В интермиссиях сохраняется свойственная больным аффективная лабильность, а через 10–15 лет болезни происходит заострение преморбидных шизоидных черт с углублением повышенной чувствительности к изменениям жизненного стереотипа.

Клиническая картина эндогенных депрессий характеризуется «классической» меланхолией с витальным аффектом тоски. Основные симптомы — полное отсутствие жизненных интересов, ангедония, нарушение аппетита и сна, упадок сил, чувство вины, мысли о смерти или самоубийстве. Наблюдается психомоторное возбуждение или заторможенность. Больные отмечают затруднения в усвоении новой информации, трудности сосредоточения, ощущение «пустоты» в голове. Идеи самоуничтожения и самообвинения носят сверхценный характер. Имеются соматические проявления депрессии в виде снижения массы тела, запоров, ранних утренних пробуждений. Характерно наличие суточного ритма с заметным улучшением психического состояния во второй половине дня. Длительность эндогенных депрессий в среднем около 5 мес.

Манифестация заболевания или эндореактивной тревожно-фобической, или классической эндогенной депрессией характерна для биполярного расстройства с преобладанием депрессий

(БАР 2 типа). Этот тип психоза начинается до 25 лет; симптоматика нарастает постепенно. В его динамике обнаруживаются тенденции к сезонности возникновения фаз (весной и осенью), их укорочению и одновременно к учащению (интермиссии сокращаются с 3 до 2 лет), а также к протеканию по типу клише (преобладают тоскливо-заторможенные, деперсонализационно-дереализационные или анестетические депрессии). На выходе из депрессивной фазы бывают кратковременные гипоманиакальные эпизоды, как правило, связаны с приемом антидепрессантов. Со временем преморбидная гипертимность в интермиссиях становится трудноотличимой от хронической гипомании; нарастают аутохтонная аффективная лабильность и астенизация; происходит снижение профессионального уровня и даже инвалидизация.

Наличие аффективных бредовых симптомов обычно служит признаком тяжелого и длительного течения фазы, однако вероятность полной ремиссии такая же, как и при приступе без бредовых включений. Обычно фигурируют идеи самоуничтожения, вины; встречается также ипохондрический (в том числе нигилистический) бред. Больной может считать себя «величайшим грешником всех времен» или утверждает, что «за злодеяния» его тело пожирают черви. Бред, содержание которого соответствует аффекту, называют голотимным, или конкордатным, конгруэнтным. При наличии неголотимного бреда при депрессии следует предполагать шизоаффективный психоз. При наличии бредовых симптомов обычно требуются не только антидепрессанты, но и антипсихотики.

Маниакальные состояния

В большинстве случаев маниакальные состояния также атипичны. Одним из вариантов атипичных маний являются состояния, обозначаемые как «мания без мании». Ведущим является двигательное возбуждение, которое не сопровождается идеаторным ускорением. Больные подвижны, разговорчивы, много жестикулируют, легко устанавливают контакты.

Повышенная деятельность отличается однообразием и непродуктивностью. Атипичен собственно маниакальный аффект. Он отличается блеклостью. Ощущение физического благополучия сочетается не с чувством радости и веселья, а с раздражительностью и гневливостью. Клинической картиной атипичного маниакального состояния часто манифестирует монополярный маниакальный психоз, причем атипичность со временем нарастает: появляются эпизоды ониризма, отрывочные идеи отношения, дисфоричность. Заболевание обычно начинается после 35 лет. Маниакальные фазы развиваются постепенно и носят затяжной характер. Если в первые годы заболевания имеется сезонность в их возникновении (летом или в начале осени), то затем эта закономерность становится менее отчетливой. Признаков аффективной лабильности в интермиссиях не обнаруживается; сохраняется присущая больным стеничность; заостряется ригидность.

Биполярное расстройство с преобладанием маний наиболее часто манифестирует картиной психопатоподобной мании. Болезнь обычно манифестирует в возрасте около 20 лет. Развитие приступа происходит быстро, в течение 4–5 дней. Больные назойливы, напористы, конфликтны, раздражительны, дисфоричны; некоторые бывают агрессивны. Манифестная мания, как правило, оказывается сдвоенной: за нею сразу следует депрессия (чаще заторможенная). Последующее течение болезни характеризуется возникновением как одиночных маниакальных фаз, так и сдвоенных, строенных фаз в одном цикле, но первой всегда развивается маниакальная симптоматика. Средняя продолжительность маниакальных состояний остается в пределах 4–5 мес, депрессивных — 2 мес. Однако циклы болезни постепенно увеличиваются, фазы начинают непрерывно сменять друг друга и заболевание может принять континуальное течение. Впрочем, возможно наступление стойкой 10–15-летней интермиссии. В промежутках между приступами отмечаются аутохтонная аффективная лабильность, заострение преморбидной эмоциональной ограниченности и формальности в общении. Сезонность возникновения аффективных фаз (маниакальных — в конце лета — начале осени и депрессивных — в конце зимы — начале весны) со временем утрачивается. На 6–10-м годах болезни формируются смешанные состояния. Во многих случаях снижается социально-трудовая адаптация, больные занимаются неквалифицированным трудом или имеют группу инвалидности.

Манифестные маниакальные состояния по типу классической веселой мании развиваются также быстро и длятся в среднем 3–4 мес. В некоторых случаях на высоте аффекта появляются маниакальный бред и (или) идеаторная спутанность. Вероятность развития бреда тем выше, чем раньше начинается заболевание. Бред может быть как голотимным (например, «Я — Мессия»), так и неголотимным (например, «Бог велел мне его ударить»). Чаще маниакальные приступы возникают весной. Иногда они провоцируются внешними факторами, но обычно развиваются без видимых причин. В случаях БАР с отчетливо биполярным типом течения манифестные состояния относятся по структуре к классической тоскливой депрессии, а последующие маниакальные фазы соответствуют классической веселой мании. Начало заболевания относится к концу 3-го десятилетия жизни. Манифестная фаза характеризуется острым развитием с быстрым, в течение 3–4 дней, нарастанием симптоматики и таким же критическим ее завершением с полным выходом из болезненного состояния и восстановлением трудоспособности. Депрессивные фазы в динамике носят характер «клише», иногда с усилением дисфорической окраски, а в структуре маниакальных состояний происходит трансформация в сторону психопатоподобной мании. Длительность фаз увеличивается с 2 мес в начале болезни до 4–5. За исключением признаков легкой астенизации, в целом болезнь мало сказывается на образе жизни и трудоспособности. У пациентов сохраняется аутохтонная и соматореактивная аффективная лабильность.

Смешанные состояния

При биполярном расстройстве могут развиваться смешанные состояния — примерно у трети пациентов. Типичными смешанными состояниями считаются случаи с замещением отдельных компонентов аффективной триады на компоненты противоположного полюса: заторможенная и непродуктивная мании, депрессия со скачкой идей. Другие смешанные состояния — с присоединением к аффективной триаде факультативных симптомов противоположного полюса — являются атипичными (гневливая и ипохондрическая мании, депрессия с навязчивостями и т.п.).

Как уже говорилось, прогноз (и кратковременный, и долгосрочный) при появлении смешанных приступов хуже.

Шизоаффективное расстройство

Шизоаффективный психоз — это непрогредиентное психическое заболевание с относительно благоприятным прогнозом, периодически возникающими приступами, в картине и динамике которых сосуществуют циркулярные аффективные расстройства и не выводимые из аффекта шизофренические симптомы.

При диагностике шизоаффективного психоза как самостоятельного заболевания границы его должны быть предельно сужены за счет исключения как атипичных форм аффективных психозов, так и приступообразной шизофрении, даже с малой прогрессивностью в ее динамике.

При проведении дифференциальной диагностики необходимо учитывать как психопатологическую оценку приступа, так и данные анамнеза и последующей динамики заболевания.

К основным клиническим характеристикам шизоаффективного психоза относятся:

- 1) периодический характер течения с чередованием шизоаффективных и «чисто» аффективных приступов;
- 2) благоприятный прогноз без признаков прогрессивности и формирования шизофренического дефекта;
- 3) обязательное сочетание и последовательное чередование на разных стадиях развития приступа циркулярных аффективных расстройств, галлюцинозного бреда и шизофренических бредовых симптомов, инконгруэнтных аффекту и имеющих иные механизмы бредообразования (свойственных симптомам первого ранга К. Schneider).

Манифестация шизоаффективного приступа в большинстве случаев происходит после психогений или соматических заболеваний. Собственно бредовые расстройства формируются после продолжающегося 1–2 нед этапа «изолированной» апатоадинамической или классической тоскливой депрессии либо психопатоподобной или классической веселой мании. Наиболее типичен острый чувственный бред по типу бреда восприятия.

Напомним, что чувственный бред — это бред вторичный, острый, развивающийся в рамках сложного синдрома. Чувственный бред отличается преобладанием воображения, фрагментарностью, непоследовательностью, нестойкостью. Его содержание может включать как обыденную, так и нелепую фантастическую фабулу без связной системы доказательств и логического обоснования. Это могут быть яркие представления или воспоминания ложного, но абсолютно достоверного и бесспорного для пациента содержания. Часто развивается бред инсценировки, интерметаморфоза или символического значения с ощущением розыгрыша, переживанием измененности, неестественности, подстроенности окружающего, ложными узнаваниями. Пациент не размышляет, он прямо постигает мнимый смысл событий, «чувствует» его, угадывает заранее. Аффективное напряжение сопровождается ощущением надвигающейся опасности, растерянностью, тревогой, подозрительностью, нередко импульсивностью. На высоте психоза могут появиться бред преследования и воздействия, симптомы открытости мыслей (идеаторные автоматизмы). Однако в структуре приступа шизоаффективного психоза синдром Кандинского отличается большой фрагментарностью, элементарностью, несистематизированностью, нестойкостью, отсутствием тенденции к дальнейшему развитию.

Усложнение клинической картины в виде появления интеллектуального, интерпретативного компонента в бредовых переживаниях обычно свидетельствует в пользу шизообразной шизофрении.

Бредовые расстройства длятся от нескольких дней до 2–3 нед. На этапе обратного развития бредовая симптоматика снова уступает место аффективным расстройствам, на фоне которой возможны кратковременные обострения в виде бреда инсценировки. Общая длительность шизоаффективных приступов в среднем 7–8 мес. В последующем

формируется критика к болезненным переживаниям, хотя возможен и неоправданный оптимизм в отношении вероятности рецидива. Большинство больных сохраняют трудоспособность и даже повышают свой общеобразовательный и профессиональный уровень.

При дифференциальной диагностике между шизоаффективным психозом и шизофренией необходимо обращать внимание на следующие особенности.

1. Для шизоаффективного психоза характерен шизоидный преморбид с заострением в пубертатном периоде и развитием нажитой реактивной аффективной лабильности, которая по мере приближения к манифестному приступу трансформируется в аутохтонную.

2. Стереотип развития аффективно-бредового приступа шизофрении включает ряд этапов углубления и генерализации симптоматики. Приступ начинается с неврозоподобных, деперсонализационных расстройств и доходит до онейроидного помрачения сознания.

В динамике шизоаффективного приступа имеется четкая этапность в чередовании аффективных и не связанных с аффектом бредовых расстройств, которые развиваются без признаков нарушения сознания в виде характерных для шизофрении синдромов.

3. При шубообразной шизофрении в ремиссиях отмечаются негативные личностные изменения и признаки прогрессивности с усложнением психопатологической картины в последующих приступах. При шизоаффективном психозе в ремиссиях возможно заострение присущего больным преморбидно-астенического личностного радикала; приобретенных изменений личности и других признаков прогрессивности нет; более того, возможно регрессивное течение с полным переходом болезни на аффективный уровень расстройств.

Аффективные расстройства непсихотического уровня

Циклотимия относится к биполярному аффективному расстройству примерно так же, как дистимия к монополярной депрессии, считаясь легкими, рудиментарными вариантами этих заболеваний. Оба термина предложил К. Кальбаум (1869 — дистимия, 1882 — циклотимия).

Циклотимия — аутохтонно возникающие персистирующие состояния патологически измененного аффекта с чередованием периодов гипомании и субдепрессии в виде отдельных или сдвоенных эпизодов, разделенных интермиссиями или развивающихся континуально.

Течение циклотимии предполагает *restitutio ad integrum* — полное восстановление доболлезненного состояния по миновании отдельного аффективного эпизода. Однако у части пациентов отмечаются неполные тимопатические ремиссии в виде «беспричинной хандры», астении, неуверенности в себе, злоупотребления психоактивными веществами. 80% больных обратное развитие приступа происходит через 3–6 мес. Преобладают депрессии (у 90% больных циклотимией). Дебют циклотимии гипоманиакальным приступом означает почти безусловную вероятность континуального течения.

Дистимия — хронические (длительностью не менее 2 лет) непсихотические субдепрессии. Многие годы к состояниям, которые сейчас называют дистимией, относили «невротическую депрессию». Современная концепция дистимии (МКБ-10) является результатом пересмотра представлений о невротической депрессии. Формирующаяся при воздействии психотравмирующих факторов эндореактивная дистимия была выделена Н. Weitbrecht (1952). Под эндореактивной дистимией понимают витализацию депрессивной реакции на психотравму. Изменения аффективности утрачивают связь с психотравмирующей ситуацией, приобретают стойкий характер; тематика утраты или семейного краха сменяется ипохондрическими опасениями или депрессивными идеями экзистенциального содержания — несовершенства мира, бессмысленности попыток изменить ход жизни и т.п. Почти у половины пациентов длительность заболевания превышает 10 лет. В отличие от депрессии, дистимия не сопровождается стойкими идеями виновности, суицидальными тенденциями, заторможенностью или ажитацией. Она не приводит к значительной социальной дезадаптации, однако предрасполагает к злоупотреблению психотропными препаратами и алкоголем.

Рассмотрим синдромальные варианты циклотимических и дистимических субдепрессий. Циклотимические субдепрессии. Витальная субдепрессия (Schneider K., 1959) определяется стертыми признаками меланхолии с беспричинным пессимизмом, унынием, подавленностью. Обнаруживаются подчиненные суточному ритму проявления позитивной аффективности: тоска, тревога, чувство вины и пр. Явления депрессивной гиперестезии, несмотря на телесную проекцию (прекардиальная область), воспринимают ся как тягостное психическое ощущение. Однако эти симптомы непродолжительны, могут проявляться периодически на протяжении дня в виде кратковременных (от нескольких минут до получаса) эпизодов. Иногда формируются сверхценные образования — идеи стыда, моральной ответственности, заниженная самооценка с представлениями о своей никчемности, непригодности к профессиональной деятельности или семейной жизни.

Признаки идеомоторного торможения могут быть выражены в утренние часы; на протяжении дня активность сохраняется, большинство больных, хотя и с трудом, продолжают выполнять повседневные обязанности.

Для апатической субдепрессии характерно преобладание явлений негативной аффективности. Доминируют дефицит побуждений, падение жизненного тонуса. Все поступки как бы лишаются внутреннего смысла, совершаются в силу необходимости, «по привычке», «автоматически». Апатический аффект невыразителен, сопряжен с обеднением мимики, монотонностью речи, легкой замедленностью движений. Депрессия

манифестирует чувством утраты желаний, безучастности к окружающему, отсутствием прежней вовлеченности в события жизни. Под маской безразличия или безучастности на первый план выдвигается мрачная угнетенность, связанная с осознанием происшедших изменений.

В структуре циклотимической анемической субдепрессии (Shafer A., 1880) преобладает ощущение приглушенности чувств, отсутствия чувства сна, утраты эмоционального резонанса, ангедонии. Беспокоит сознание утраты способности к логическому мышлению, усвоению элементарного смысла вещей. Больные склонны к драматизации, ищут сострадания. На первый план выдвигаются постоянные сопоставления с прежними психическими возможностями.

Дистимические субдепрессии. Соматизированная дистимия. Доминируют соматовегетативные и астенические симптомокомплексы. Типичны жалобы на плохое самочувствие, сердцебиение, одышку, запоры, слезливость, плохой сон. Симптоматика имеет характер «матовой тоски» с преобладанием тревоги и подавленности, без чувства вины и идеаторного торможения. Угнетенное настроение, пессимизм оцениваются как следствие физического недомогания. В ряде случаев тоскливость приобретает сенестопатическую окраску (жжение в области кишечника, «ледящий холод» под ложечкой и др.).

На первых этапах интенсивность опасений за свое здоровье, внутреннего напряжения, ощущения бессилия, вегетативных расстройств колеблется в связи с возникновением либо разрешением конфликтов. В дальнейшем, по мере хронизации, острота аффективных расстройств снижается, внешние события все меньше сказываются на динамике состояния.

Выделяется два направления развития дистимий. В одних случаях на первый план выступает астеня: снижение активности, чувство физического бессилия, вялость, склонность к экономии сил. В других случаях доминируют ипохондрические явления. Расширяется круг аномальных телесных ощущений, обостренное самонаблюдение, усиливаются кардио-, канцеро-, нозофобии.

Характерологическая дистимия. На первом плане — психопатические проявления: демонстративность, манипулятивное поведение, вспышки эксплозивности. Вся ответственность за неблагоприятные жизненные события возлагается на окружающих. Преобладает дисфория: «угрюмое брюзжание», сварливость, недовольство и придиристичность. Явно преувеличенные жалобы на подавленность подкрепляются нарочито скорбной мимикой, стоном, рыданиями, сочетаются с повышенной требовательностью, притязаниями и претензиями к окружающим. Наиболее отчетливо амальгамирование дисфорического аффекта и патохарактерологических расстройств выступает на отдаленных этапах дистимии. Формируется особое мрачно-дисфорическое мировоззрение — «комплекс неудачника», образование которого приписывается неспособности противостоять обстоятельствам. «Вектор вины» смещается на окружение.

Циклотимические гипомании — гипоманиакальный синдром подобно классической мании определяется гипертимным аффектом, который субъективно воспринимается как состояние естественного, приятного подъема.

Состояние характеризуется повышением витального тонуса, чувством благополучия, чрезмерным оптимизмом, хвастливым преувеличением собственных достоинств, идеями превосходства. Часто отмечаются повышенная потребность в общении, фамильярность, социальная гиперактивность с напором, направленным на преодоление препятствий. Избыток активности в сочетании с болтливостью, беспечностью, безответственностью, отвлекаемостью, разбросанностью повышает риск неконвенциональных поступков (расточительность, кутежи, сексуальная невожатанность), угрожающих негативными последствиями (скоропалительный развод или брак, банкротство и др.). Иногда любое возражение или противодействие воспринимается как досадная помеха; ответной реакцией становится придиристичность, гнев, раздражительность.

Разграничение хронических гипоманий не завершено: одна часть из них рассматривается в рамках конституциональных аномалий («гипертимная личность», кверулянтная, авантюристическая, дисфорическая гипомании), другая относится к эндогенной патологии («психопатоподобная гипомания»).

Лечение аффективных расстройств

Терапевтическая тактика определяется характером фазы (маниакальная, депрессивная) и ее психопатологической структуры (т.е. конкретного клинического варианта) с обязательным учетом степени выраженности симптоматики, возраста больного, длительности заболевания и др.

Принципы лечения. При терапии аффективных расстройств выделяют три относительно самостоятельных этапа:

- 1) купирование острой аффективной симптоматики и достижение клинической ремиссии;
- 2) долечивающая или стабилизирующая терапия (подавление резидуальной симптоматики, борьба с аффективной неустойчивостью, предрецидивными или ранними рецидивными состояниями);
- 3) профилактическая терапия, направленная на предотвращение развития рецидивов заболевания (основными препаратами являются нормотимики). Может проводиться неопределенно долго, но не менее 1 года.

Лечение маниакальных эпизодов. На этапе купирующей терапии препаратами первого выбора являются нормотимики, в первую очередь — соли лития. Доза подбирается таким образом, чтобы концентрация лития в плазме крови, определяемая утром, натощак, через 8–12 ч после приема последней дозы, была не ниже 0,8 и не выше 1,2 ммоль/л. Оксид лития вводится внутримышечно или внутривенно капельно. Также в клинической практике нашли широкое применение такие нормотимики, как соли вальпроевой кислоты, карбамазепин, ламотриджин.

Для коррекции расстройств сна возможно присоединение гипнотиков (таких как нитразепам, флуниразепам, темазепам и пр.).

При выраженном психомоторном возбуждении, агрессивности, наличии маниакально-бредовой симптоматики или отсутствии эффекта литием течение первых дней терапии в схему добавляют антипсихотик, дозу которого по мере становления эффекта постепенно снижают до полной отмены. Выбор антипсихотика зависит от синдромальной картины, возраста пациента, сопутствующей терапии, соматической патологии.

Используются антипсихотики как первого (например, галоперидол, хлорпромазин), так и второго поколений (например, оланзапин, кветиапин, рисперидон, zipразидон).

На втором этапе — долечивающей или стабилизирующей терапии, применение солей лития должно продолжаться вплоть до спонтанного окончания фазы, длительность которой устанавливают по предыдущим фазам (в среднем 4–6 мес).

Лечение депрессивных эпизодов. Основой терапевтических мероприятий является применение антидепрессантов.

Выбор антидепрессанта должен проводиться с учетом:

- 1) спектра его психотропной активности и выявления преобладающей симптоматики (тревожной или адинамической) в структуре депрессии:
 - преобладание тревоги и ажитации — антидепрессанты-седатики;
 - преобладание адинамической симптоматики — антидепрессанты стимулирующего действия; по мере редукции адинамической симптоматики возможна актуализация тревоги, требующая дополнительного назначения транквилизаторов;
 - сосуществование тревоги и заторможенности — антидепрессанты сбалансированного действия или антидепрессанты в сочетании с транквилизаторами;
- 2) соматического состояния пациента и противопоказаний к применению препарата;
- 3) сопутствующей медикаментозной терапии, назначенной в связи с наличием хронических соматических заболеваний и возможных нежелательных лекарственных взаимодействий препаратов.

Темп наращивания дозировок при применении классических антидепрессантов должен быть максимально быстрым для достижения индивидуальной терапевтически эффективной дозы.

Следует отметить, что согласно современным представлениям препаратами выбора при лечении биполярной депрессии являются нормотимики (литий, ламотриджин, вальпроат натрия, карбамазепин), в сочетании с антипсихотиками. Назначение антидепрессантов у этой группы больных может вызвать инверсию фазы, что ассоциируется с утяжелением течения заболевания, в связи с чем их использование ограничено.

Для коррекции расстройств сна назначаются гипнотики. Антидепрессанты подбирают таким образом, чтобы наибольшая из дневных дозировок препарата с седативным действием приходилась на вечерние часы. При стойких нарушениях сна может быть применен тразодон как антидепрессант со снотворным действием, не вызывающий привыкания. Для купирования тревожного рапгуса или ажитации применяют внутримышечное введение транквилизаторов с мощным анксиолитическим действием (диазепам, феназепам, лоразепам и т.п.). В случае их неэффективности возможно кратковременное назначение седативных нейролептиков. При наличии соматически и органически измененной почвы целесообразна терапия антидепрессантами с минимальными побочными эффектами в сочетании с церебропротекторами, вазоветотропными средствами и т. п.

Выводы

Таким образом, изучение аффективных расстройств в психиатрии позволяет лучше понять их природу, разработать эффективные методы диагностики и лечения, а также повысить качество жизни людей, страдающих данными психическими заболеваниями.

Список литературы

1. Психиатрия. Научно-практический справочник / под. ред. А.С. Тиганов. М.: МИА, 2016. 622 с.
2. Вайтбрехт Х.Й. Депрессивные и маниакальные эндогенные психозы. В кн.: Клиническая психиатрия: Пер. с нем. - М: Медицина, Переиздание 2020 год. - С. 59-101.
3. Смирнова Н.П. "Социальная поддержка при аффективных расстройствах". Санкт-Петербург, 2019.
4. Козлова Е.В. "Психиатрия: аффективные расстройства". Санкт-Петербург, 2020.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Класс V: Психические расстройства и расстройства поведения (F00—F99) (адаптированный для использования в Российской Федерации). — Ростов-на-Дону: «Феникс», 2019. С.118-138