

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 _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
Доминская Д.Д.
(ФИО ординатора)

Тема реферата „Аффективные 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)	6/6
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	4/5 <u>хорошо</u>

Дата: «12» 06 20 12 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Доминская Д.Д.

Доминская Д.Д.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской
Федерации
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Аффективные расстройства»

Выполнила:

РЕФЕРАТ Ординатор специальности психиатрия

Должецкая Д.О

Проверила:

Зав. Кафедрой: Березовская М.А

Красноярск 2022.

ОГЛАВЛЕНИЕ:

Введение.....	3
Классификация аффективных психозов.....	4
Распространенность	4
Разновидности течения	5
Депрессивные состояния	5
Маниакальные состояния	9
Аффективные расстройства непсихотического характера.....	11
Лечение аффективных расстройств.....	14
Вывод.....	17
Используемая литература	18

Введение

Депрессии и мании были известны со времен Гипократа. 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, 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 фазопериодического 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.

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.

Распространенность

Распространенность БАП 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 распространенности объясняется рядом методологических причин, прежде всего — недостаточной чувствительностью эпидемиологических критериев, позволяющих выявлять лишь часть аффективных психозов (с лучшим выявлением БАП 1 типа). Распространенность БАП 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.

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, когда смена аффективных фаз разной полярности происходит непрерывно, без светлых промежутков. Фазы оказываются сдвоенными, строенными и т.д. (этот тип описал Байярже).

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.

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.

Депрессивные состояния

Типичная депрессия характеризуется классической **триадой**, которую составляют сниженное настроение (гипотимия), моторная и идеаторная заторможенность (*депрессивная триада*). Часто депрессивные приступы возникают внезапно, на фоне полного благополучия; в иных случаях они провоцируются психотравмирующими событиями, но далее симптоматика развивается независимо от внешних воздействий.

В зависимости от преобладания в структуре синдрома тех или иных проявлений депрессии приближаются к **астенодинамическому, анестетическому или к «классическому» тоскливому варианту**.

Меланхолические, или тоскливые, депрессии характеризуются пониженным, подавленным настроением, интеллектуальной и моторной заторможенностью. У больных

наряду с подавленным настроением отмечается гнетущая безысходная тоска. Нередко она переживается не только как душевная боль, но и сопровождается физическими тягостными ощущениями (витальная тоска), неприятным ощущением в эпигастральной области, тяжестью или болями в области сердца. Все окружающее воспринимается больными в мрачном свете; впечатления, доставляющие удовольствие в прошлом, представляются не имеющими никакого смысла, утратившими актуальность; прошлое рассматривается как цепь ошибок. В памяти всплывают и чрезмерно переоцениваются бывшие обиды, несчастья, неправильные поступки. Настоящее и будущее видится мрачным и безысходным. Больные целые дни проводят в однообразной позе, сидят, низко опустив голову, или лежат в постели; движения их крайне замедленны, выражение лица скорбное. Стремление к деятельности отсутствует. Суицидальные мысли и тенденции свидетельствуют о крайней тяжести депрессии. Идеаторное торможение проявляется замедленной, тихой речью, трудностями переработки новой информации, нередко жалобами на резкое снижение памяти, невозможность сосредоточиться.

Анестетические депрессии характеризуются преобладанием в картине болезни явлений психической анестезии, т.е. утратой эмоциональных реакций на окружающее. Такие депрессии могут быть чисто анестетическими, тоскливо анестетическими и тревожно-анестетическими.

При чисто анестетических депрессиях анестетические расстройства являются наиболее значимым признаком синдрома, в то время как другие симптомы депрессии могут быть стертыми, отсутствуют или незначительно выражены. Это касается идеомоторного торможения, суточных колебаний настроения и соматических признаков депрессии. У некоторых больных имеют место деперсонализационные расстройства и адинамия, депрессивное "мировоззрение", а также интерпретативный ипохондрический бред, фабулу которого составляют анестетические расстройства.

Для тоскливо-анестетических депрессий характерны чувство тоски с локализацией в области сердца, суточные колебания настроения, идеи самообвинения и самоуничтожения, суицидальные мысли и намерения, соматические признаки депрессий, а также адинамия в виде чувства физической или (реже) так называемой моральной слабости. Ощущение утраты чувств расценивается больными как свидетельство их реальной эмоциональной измененности и является основной фабулой идей самообвинения.

Типичными признаками заболевания являются также агитация, внешние проявления тревоги, идеаторные расстройства в виде наплывов и путаницы мыслей, инвертированный характер суточных колебаний состояния при отсутствии идеомоторного

торможения, суицидальные мысли, идеи самообвинения. В вечерние часы у больных тревога кратковременно усиливается. Особенностью психической анестезии в тревожно-анестетических депрессиях является состояние малодифференцированного ощущения внутренней пустоты. Часто в картине тревожно-анестетических депрессий отмечаются разнообразные деперсонализационные расстройства, выходящие за рамки психической анестезии (чувство автоматизированное™ собственных действий, нереальность восприятия собственного Я, ощущение раздвоенности).

Адинамические депрессии. На первый план в картине этих депрессий выступают слабость, вялость, бессилие, невозможность или затруднение в выполнении физической или умственной работы при сохранении побуждений, желаний, стремления к деятельности. Выделяют идеаторный, моторный и сочетанный варианты этих депрессий. В идеаторном варианте проявления адинамии преобладают над собственно депрессией. Настроение снижено, больные высказывают идеи неполноценности, но основную фабулу переживаний составляют адинамические расстройства. Адинамия выражается в жалобах на отсутствие "моральных сил", "умственную истощаемость", "умственное бессилие", плохую сообразительность. В депрессивной триаде идеаторное торможение доминирует над моторным.

Моторный вариант адинамических депрессий характеризуется преобладанием чувства разбитости, вялости, мышечной расслабленности и бессилия. Аффективный радикал представлен депрессией с чувством внутреннего беспокойства и напряжения. В депрессивной триаде моторная заторможенность доминирует над идеаторной. Соматические признаки депрессии (расстройства сна, аппетита, снижение массы тела) выражены отчетливо. Отмечаются бредовые идеи собственной неполноценности, содержание которых определяется особенностями адинамии.

Сочетанному варианту депрессии свойственны явления как идеаторной, так и моторной адинамии. В депрессивном синдроме большое место занимают тревога, чувство тоски неопределенного характера. Депрессивная триада отмечается дисгармоничностью — значительным преобладанием моторной заторможенности над идеаторной. Отчетливые суточные колебания в состоянии отсутствуют. Идеи самообвинения для этого варианта нехарактерны, и представления о собственной неполноценности сопровождаются чувством жалости к себе. Адинамия проявляется отсутствием физических и моральных сил, невозможностью выполнить какую-либо работу. Отмечаются выраженные соматические расстройства.

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 (тревно-фобическую, сенестопатическую 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 экзогенных, однако четкой корреляции с остротой и силой психогенного 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).

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 злодеяства» 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

Маниакальный синдром характеризуется повышенным настроением, ускорением ассоциативных процессов и чрезмерным стремлением к деятельности (*маниакальная триада*).

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»). Чаше 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.

Аффективные расстройства непсихотического характера

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 доболезненного 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), воспринимаются 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 анестетической 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 астения: 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 придирчивость. Явно преувеличенные жалобы на подавленность подкрепляются нарочито скорбной мимикой, стонами, 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, фамиллярность, 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 неводержанность), угрожающих негативными последствиями (скоропалительный развод или брак, банкротство и др.). Иногда любое возражение или противодействие воспринимается как досадная помеха; ответной реакцией становится придирчивость, 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.

При терапии аффективных расстройств выделяют три относительно самостоятельных этапа:

- купирование острой аффективной симптоматики и достижение клинической ремиссии;
- долечивающая или стабилизирующая терапия (подавление резидуальной симптоматики, борьба с аффективной неустойчивостью, предрецидивными или ранними рецидивными состояниями);
- 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. Оксидбутират 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, флунизепам, 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.

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:

- спектра его психотропной активности и выявления преобладающей симптоматики (тревожной или адинамической) в структуре депрессии;
- соматического состояния пациента и противопоказаний к применению препарата;
- 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 trazodon как антидепрессант со снотворным действием, не вызывающий привыкания. При наличии соматически и органически измененной почвы целесообразна терапия антидепрессантами с минимальными побочными эффектами в сочетании с церебропротекторами, вазоветотропными средствами и т. п.

Вывод

Проблема аффективных расстройств является одной из наиболее актуальных тем современной медицины. Аффективные расстройства в виде депрессивных или маниакальных состояний - чаще проявление психических расстройств у взрослых людей. По прогнозам ВОЗ, депрессия к 2025 г. выйдет на второе место причин инвалидности после ишемической болезни сердца. Среди больных, обращающихся за помощью к общесоматической больнице, примерно 25% составляют больные соматизированные депрессии, которая маскирует настоящие расстройства. Вероятность развития рекуррентного депрессии составляет 20% у женщин и 10% у мужчин; вероятность развития биполярных аффективных расстройств равна примерно 1% как для мужчин, так и для женщин. Пониженное настроение и потеря чувства удовольствия являются ключевыми симптомами депрессии. Примерно две трети больных думают о самоубийстве, а от 10 до 15% делают его.

При диагностике аффективных расстройств необходимо учитывать клинические проявления, структуру депрессии, а также общий характер течения аффективного заболевания, поскольку это определяет не только постановку правильного диагноза, назначение более адекватной терапии, но и возвращают пациентов к нормальному существованию в обществе.

Используемая литература

- Жмуров В.А. «Психиатрия»: Издательство «Умный доктор», 2018г
- Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М.А. Психиатрия и наркология: учебник для медицинских вузов. М.: ГЭОТАР-мед, 2020г. 832 с.
- Клинические рекомендации МЗ РФ «Биполярное аффективное расстройство», 2021г
- Тиганов А.С. Общая психопатология. Курс лекций. М.: МИА. 2019г, 184 с.
- Учебно-методическое пособие «Аффективные расстройства» Е. В. Снедков, И. В. Лемешев, Санкт-Петербург 2018г
- «Психиатрия» под редакцией В. К. Шамрея, А. А. Марченко, Санкт-Петербург 2018г, с.133