

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

Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А

Реферат на тему:
Аффективные синдромы.

Выполнила:
врач-ординатор 1-го года обучения
Власова А.Д.

Проверил:
Д.м.н., доцент Березовская М.А.



Красноярск
2018

Содержание:

3ст — Введение

4ст — Простые депрессии

7ст — Сложные депрессии

8ст — Маниакальный синдром

10ст — Список литературы

11ст — Рецензия

Введение

К аффективным синдромам относятся состояния, проявляющиеся в первую очередь расстройством настроения. В зависимости от характера аффекта выделяют депрессивные и маниакальные синдромы.

Синдром депрессии.

Типичная депрессия характеризуется классической триадой, которую составляют сниженное настроение (гипотимия), моторная и идеаторная заторможенность (*депрессивная триада*). Депрессивным состояниям (особенно легким — циклотимическим) присущи колебания настроения в течение суток с улучшением общего состояния, уменьшением интенсивности депрессии в вечернее время, малой выраженностью идеаторной и моторной заторможенности. При тех же мало выраженных депрессиях можно констатировать у больных чувство немотивированной неприязни к близким, родным, друзьям, постоянное внутреннее недовольство и раздражение. Чем тяжелее депрессия, тем менее выражены колебания настроения в течение дня.

Для депрессий характерны также расстройства сна — бессонница, неглубокий сон с частыми пробуждениями или отсутствие чувства сна.

Депрессиям свойственен и ряд соматических расстройств: больные выглядят постаревшими, у них отмечают повышенную ломкость ногтей, выпадение волос, замедление пульса, запоры, нарушение менструального цикла и часто аменорея у женщин, отсутствие аппетита (пища — "как трава"; больные едят через силу) и снижение массы тела.

В отечественной психиатрии принято выделять депрессии простые и сложные, в рамках которых рассматриваются практически все психопатологические варианты депрессивного синдрома, встречающиеся в клинической практике.

Простые депрессии.

К простым депрессиям относятся меланхолические, тревожные, адинамические, апатические и дисфорические депрессии.

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 былые 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.

Структура меланхолических депрессий в значительной степени связана с возрастом больного к периоду ее возникновения. Классические варианты характерны для среднего возраста. В молодом возрасте инициальные периоды этих видов депрессий имеют свои особенности и отличаются рефлексией, выраженными дисфорическими расстройствами, апатическими проявлениями. У этих же больных в зрелом возрасте обычно развиваются типичные меланхолические депрессии. Они характерны и для позднего возраста.

Тревожные депрессии могут быть как ажитированными, так и заторможенными. При тревожно-ажитированных депрессиях в картине состояния преобладает двигательное возбуждение в виде ажитации с ускоренной речью; имеет место нигилистический бред, а

нередко и синдром Котара. При заторможенных депрессиях психопатологическую картину в значительной степени определяет тревога. В случаях депрессии средней тяжести отмечаются суточные колебания состояния больных, а в более тяжелых случаях они отсутствуют. В депрессивной триаде выражена двигательная заторможенность, темп мышления не меняется и идеаторное торможение проявляется тревожно-тоскливым содержанием мышления. Тревога ощущается большими физически, что позволяет говорить о ее витальном характере. Наблюдаются и чувство тоски, идеи самообвинения и неполноценности, суицидальные мысли и описанные выше соматические признаки депрессии.

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 самоуничижения, 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 ажитация, 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.

Апатические депрессии. В клинической картине апатических депрессий на первый план выступают невозможность или затруднение выполнения умственных или физических нагрузок в результате отсутствия желания и стремления к какому-либо виду деятельности, снижение уровня побуждений и всех видов психической активности.

Для этого варианта депрессий характерны значительная выраженность апатии и неяркость других проявлений депрессивного синдрома — тоски, тревоги, идеи самообвинения, соматических признаков депрессии.

Выделяют апатомеланхолические и апатоадинамические депрессии.

Апатомеланхолические депрессии выражаются пониженным настроением с чувством тоски, идеями самообвинения, суицидальными мыслями, но сами больные именно апатию оценивают как одно из самых тяжелых расстройств. Отмечается обратная зависимость между выраженностью апатии и тоски. У некоторых больных наряду с тоской могут возникать эпизоды тревоги.

Как следует из самого названия, апатоадинамические депрессии характеризуются сочетанием апатии с адинамией. Собственно тоска для этих депрессий нетипична и крайне редко возникает тревога в виде неопределенного "внутреннего беспокойства" и напряжения. Имеющиеся у пациентов идеи самообвинения и неполноценности по содержанию отражают наличие апатии.

Дисфорические депрессии — состояния, характеризующиеся возникновением на фоне сниженного настроения дисфории, т.е. раздражительности, гневливости, агрессивности и разрушительных тенденций. При этом источником раздражения могут внезапно становиться предметы и ситуации, незадолго до этого не привлекавшие его внимания.

Поведение больных в период дисфорических депрессий бывает различным: у одних преобладают агрессия и угрозы в отношении окружающих, разрушительные тенденции, нецензурная брань; у других — стремление к уединению, связанное с гиперестезией и "ненавистью ко всему миру"; у третьих — стремление к активной деятельности, носящей нецеленаправленный, часто нелепый характер. В момент развития дисфории иногда преобладает ощущение внутренней психической напряженности с ожиданием надвигающейся катастрофы.

В клинической картине простых депрессий могут быть галлюцинаторные, бредовые и кататонические включения, когда наряду с подавленностью, тоской и тревогой появляются вербальные галлюцинации угрожающего или императивного характера, идеи воздействия, преследования, виновности, ущерба, разорения, предстоящего наказания. На высоте депрессии могут развиваться острый чувствительный бред с инсценировкой и эпизоды онейроидного помрачения сознания.

Достаточно часто депрессивные состояния принимают характер меланхолической парафрении с соответствующими бредовыми переживаниями от "приземленных" трактовок до мистических построений.

В существующих классификациях, помимо охарактеризованных выше, нередко фигурирует *слезливая и ироническая депрессия* (при последней на лице у больных блуждает улыбка, они иронизируют над своим состоянием и беспомощностью), *ступорозная депрессия* и др. Но отраженные в названиях этих депрессий характеристики не являются существенными. Они лишь подчеркивают те или иные особенности депрессивного состояния, которые могут наблюдаться в картине депрессий различной структуры.

Представленная типология простых депрессий, естественно, не исчерпывает всего их многообразия и в этом отношении является в значительной степени относительной. Это связано в первую очередь с тем, что наряду с классическими картинами описанных депрессий наблюдаются состояния, которые нередко трудно отнести к определенному типу депрессий в связи с их значительной изменчивостью и полиморфизмом основных проявлений.

Сложные депрессии.

К сложным депрессиям относят сенестоипохондрические депрессии и депрессии с бредом, галлюцинациями и кататоническими расстройствами. Они отличаются значительным полиморфизмом и глубиной позитивных расстройств, а также изменчивостью, обусловленной наличием в клинической картине болезни проявлений, стоящих вне рамок облигатных для депрессии расстройств.

Сенестоипохондрические депрессии отличаются особенно большой сложностью. В этих случаях собственно аффективные расстройства отступают на второй план и ведущими становятся жалобы на крайне неприятные, тягостные ощущения в различных частях тела, порой крайне вычурного, причудливого содержания. Больные сосредоточены на чувстве соматического неблагополучия и высказывают тревожные опасения в отношении своего здоровья.

В структуре *депрессивных состояний с бредом и галлюцинациями* большое место занимают кататонические расстройства — от отдельных проявлений в виде повышения тонуса мускулатуры, негативизма до выраженных картин субступора и ступора.

Соотношения собственно аффективных расстройств и расстройств, выходящих за границы облигатных симптомов депрессии, по-разному рассматриваются исследователями: одни полагают, что расстройства неаффективного круга возникают независимо от аффективных нарушений, другие считают аффективные расстройства вторичными по сравнению с более тяжелыми психопатологическими явлениями.

Наряду с простыми и сложными депрессиями в литературе описываются затяжные (протрагированные) и хронические. Затяжные, или протрагированные, депрессии могут иметь мономорфную структуру, если состояние на протяжении длительного времени не меняет своей психопатологической картины, и полиморфную, если в процессе течения болезни картина депрессии видоизменяется. Клиническая картина мономорфной депрессии отличается относительной простотой, малой изменчивостью, незначительной динамикой отдельных проявлений, однообразием картины на всем протяжении болезни. Такие депрессии обычно характеризуются тревожными адинамическими, анестетическими, дисфорическими или сенестоипохондрическими расстройствами. В этих случаях заторможенность, адинамические, анестетические и тревожные состояния без определенной последовательности и закономерности сменяют друг друга. У больных с изменчивой (полиморфной) клинической картиной и глубокими психопатологическими расстройствами на протяжении приступа простые гипотимические расстройства могут трансформироваться в сложные состояния (с бредом, галлюцинациями, кататонией), причем выявить какую-либо закономерность в смене описанных расстройств не представляется возможным.

Хронические депрессии отличаются от протрагированных не только затяжным характером, но и признаками хронизации, проявляющимися однообразием и монотонностью психологической картины депрессии. Существуют общие особенности хронических депрессий, к которым относятся преобладание в клинической картине болезни меланхолических, деперсонализационных и ипохондрических расстройств, а

также дисгармоничность депрессивной триады, характеризующаяся сочетанием сниженного настроения и моторного торможения с монотонной многоречивостью, диссоциация между насыщенностью и разнообразием жалоб аффективного характера и внешне спокойным монотонным обликом и поведением больных, ипохондрическая окраска идей самообвинения, обсессивный характер суицидальных мыслей с отношением к ним как к чуждым. В этих случаях могут появляться также гипоманиакальные "окна", а также симптомы невротического регистра в виде сенестопатических, обсессивно-фобических и вегетофобических пароксизмоподобных состояний.

Маниакальный синдром

характеризуется повышенным настроением, ускорением ассоциативных процессов и чрезмерным стремлением к деятельности (*маниакальная триада*). Больным свойственны веселость, отвлекаемость, изменчивость внимания, поверхностность суждений и оценок, оптимистическое отношение к своему настоящему и будущему; они находятся в превосходном расположении духа, ощущают необычайную бодрость, прилив сил, им чужда утомляемость. Стремление к деятельности обнаруживается у больных по-разному: то они принимают за массу дел, не доведя ни одно из них до конца, то тратят деньги бездумно и беспорядочно, делая ненужные покупки, на работе вмешиваются в дела сослуживцев и начальства, предлагают коренным образом реорганизовать предприятие и т.д.

Интеллектуальное возбуждение проявляется ускорением темпа мышления, изменчивостью внимания, гипермнезией (обострение памяти). Больные крайне многоречивы, говорят без умолку, отчего их голос становится хриплым; поют, читают стихи. Часто развивается скачка идей — резкое ускорение мышления, при котором происходит непрерывная смена одной незаконченной мысли другой. Характерны сбивчивость и непоследовательность высказываний, достигающие степени бессвязности. Интонации, как правило, патетические, театральные. Все происходящее вокруг, существенное или незначительное, в равной мере вызывает интерес больного, но ни на чем его внимание не задерживается длительное время. В отдельных случаях отвлекаемость, изменчивость внимания настолько интенсивны, что больной последовательно фиксирует и нередко комментирует все, что попадает в его поле зрения (сверхизменчивость внимания, или симптом гиперметаморфоза).

Больным свойственна переоценка собственной личности: они открывают у себя незаурядные способности, нередко высказывают желание сменить профессию, собираются прославить себя в качестве выдающегося исследователя, артиста, писателя и т.д. или выдают себя за таковых. Как правило, речь идет о достаточно нестойких сверхценных идеях величия. Больные выглядят помолодевшими, у них отмечаются повышенный аппетит, сокращение продолжительности сна или упорная бессонница, повышенная сексуальность. При маниакальных состояниях отмечаются учащение пульса, гиперсаливация, у женщин нарушается менструальный цикл.

Как и при депрессиях, существует подразделение маниакальных синдромов на простые и сложные.

Выделение отдельных вариантов простых маниакальных состояний связано или с преобладанием в структуре синдрома одного из ингредиентов маниакальной триады, или появлением расстройств, видоизменяющих характер маниакального синдрома. Если в картине мании преобладает веселость, а ускорение мышления и стремление к деятельности выражены нерезко, то в этих случаях говорят о непродуктивной, или **веселой, мании**. Если ускорение ассоциативного процесса у больных достигает степени бессвязности, а стремление к деятельности — беспорядочного, хаотического возбуждения, то говорят о **мании спутанной**. Преобладание в картине мании раздражительности, гневливости, придиричivosti свидетельствует о **гневливой мании**. На высоте этого состояния может возникнуть возбуждение со злобой, яростью, разрушительными тенденциями, агрессией — **маниакальное буйство**.

Иногда в качестве самостоятельного варианта маниакальных синдромов выделяют *психопатоподобные маниакальные состояния*, имеющие ряд особенностей: маниакальный аффект здесь крайне нестойкий, отсутствует стремление к различным видам деятельности. Отвлекаемость, достигающая временами степени гиперметаморфоза, сочетается с раздражительностью: все, что привлекает внимание больного, вызывает крайнюю степень неудовольствия и раздражения. Нередко у больных возникают импульсивные влечения. Больные бывают агрессивны, причем агрессивные тенденции чаще всего обнаруживаются в отношении родных и близких.

Сложные маниакальные синдромы сопровождаются развитием расстройств достаточно глубоких регистров поражения психической деятельности, выходящих за рамки облигатных симптомов мании. В картине маниакального состояния могут развиваться галлюцинации, бред, явления психического автоматизма, кататонические расстройства. Различают бредовые маниакальные состояния, маниакальные состояния с дурашливостью, маниакальные состояния с острым чувственным бредом и маниакальные состояния с онейроидом.

Бредовые маниакальные состояния характеризуются развитием на фоне маниакального состояния бреда, галлюцинаций, признаков психического автоматизма без помрачения сознания. У одних больных эти расстройства возникают как разрозненные, несистематизированные, у других имеют явную тенденцию к систематизации, у третьих образуют оформленную бредовую систему.

Маниакальные состояния с дурашливостью. Психопатологическая картина этих состояний складывается из повышенного настроения, склонности к нелепым и плоским шуткам, гримасничаньям, тенденции к совершению нелепых поступков. Возможны бредовые идеи, вербальные галлюцинации, психические автоматизмы. На высоте состояния наблюдаются явления пуэрилизма и псевдодеменции.

Маниакальные состояния с развитием острого чувственного бреда. В случаях маниакальных состояний с развитием острого чувственного бреда обращают на себя внимание экстатический оттенок повышенного настроения, патетика,

экзальтированность, многоречивость. При развитии острого чувственного бреда возникает инсценировка с изменением восприятия окружающего, с ощущением, что разыгрывается спектакль, главную роль в котором играет больной; содержанием разыгрываемой пьесы обычно бывают героические поступки, якобы совершенные больным в прошлом, или безоблачное будущее пациента. Возможно развитие антагонистического фантастического бреда и идей величия, что позволяет квалифицировать состояние как острую маниакальную парафрению. Нередко маниакальные состояния с острым фантастическим бредом и идеями величия сопровождаются развитием вербальных псевдогаллюцинаций (острая маниакальная псевдогаллюцинаторная парафрения) или конфабуляций фантастического содержания (острая маниакальная конфабуляторная парафрения).

Маниакальные состояния с развитием онейроидно-кататонических расстройств. В этих случаях онейроид развивается в картине маниакальных состояний не внезапно — его возникновению предшествуют состояния острого чувственного и острого фантастического бреда. Онейроидные расстройства экспансивного содержания могут занимать значительное место в картине маниакального приступа, иногда онейроид развивается в качестве эпизода на высоте приступа. Характерны кататонические расстройства в виде возбуждения, ступора, субступора или отдельные кататонические расстройства.

Список используемой литературы:

- <http://www.psychiatry.ru/lib/2/book/28/chapter/11>
- Тиганов А.С. «Руководство по психиатрии»
- Гиляровский В.А. «Руководство для врачей и студентов».

Рецензия

На реферат ординатора первого года обучения Власовой А.Д. по дисциплине: "психиатрия" на тему: "Аффективные синдромы".

Работа Власовой А.Д. "Аффективные синдромы" от 2018 года актуальна, т.к. в ней полностью раскрыта тема аффективных синдромов, рассмотрены маниакальный и депрессивный синдром. Содержание работы полностью соответствует заявленной теме. Текст логичен, последователен. Замечаний к оформлению нет. Работа принята и оценена положительно.

Оценка:

хорошо

Проверил: заведующая кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ПО, д.м.н. Березовская М.А.

М.А. Березовская