

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно– Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно– Ясенецкого Минздрава России

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

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

Реферат

На тему: «Депрессивный синдром»

Выполнила: Бондарева А.С.

Красноярск 2021 г

Содержание:

1. Введение
2. Актуальность
3. Основная часть:
 - 3.1. Определение синдрома и его классические проявления
 - 3.2. Виды депрессий в клинической картине депрессивного синдрома
4. Заключение
5. Список литературы

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, к началу XXI в. удельный вес депрессивных и тревожных расстройств составил около 40% в общей структуре психической патологии. Ежегодно в мире клинически диагностируемой депрессией болеют около 200 млн человек, и эта цифра неуклонно возрастает. Каждый восьмой человек хотя бы раз в жизни нуждается в специализированной антидепрессивной терапии. Кроме того, депрессивный синдром является наиболее суицидоопасным среди всех психопатологических синдромов: согласно данным литературы до 30–50% депрессивных больных предпринимают суицидальные попытки, в 10–15% случаев, заканчивающиеся летальным исходом. В связи со столь высоким риском суицидальное поведение при этом синдроме давно стало объектом многочисленных исследований. Распространенность данного синдрома, полиморфизм его клинической картины, снижение качества жизни и высокий суицидальный риск больных, обуславливают необходимость изучения данного состояния.

Актуальность

Разнообразие клинической картины, частота встречаемости депрессивного синдрома в наше время, его соматизированность, а также, зачастую, качественная недооценка состояния больного, оказывающее влияние на качество жизни и трудоспособность индивидов разных возрастных групп, обуславливают актуальность изучения и диагностики данного состояния на современном этапе.

Определение синдрома и его классические проявления

Депрессивный синдром — это психопатологический синдром, представляющий собой следующую триаду признаков, так называемую «депрессивную триаду»: аутохтонное или возникшее по другим причинам снижение настроения — гипотимия, заторможенность мыслительной деятельности — брадифрения, ослабление побуждений к деятельности и общее снижение активности или моторная заторможенность — гипобулия.

Для более углубленности изучения данного состояния рассмотрим каждый признак в отдельности.

Гипотимия — это состояние аффективной подавленности в виде депримированности, опечаленности, тоскливости с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослаблением привязанности к жизни. Положительные эмоции при этом поверхностны, истощаемы, могут полностью отсутствовать. Шкала подавленного настроения могла бы выглядеть следующим образом: безрадостное настроение — печаль, депримированность — тоска с переживанием душевной боли и смыслоутраты — отчаяние, безысходность, — тоскливое возбуждение (раптус) или депрессивный ступор. Также, это состояние, характеризующееся большой структурной сложностью, выражающейся в одновременном сосуществовании различных нарушений: меланхолической подавленности настроения, тревоги и страхов, дисфорических, апатических, адинамических, депрессивно-параноидных, ипохондрических, истерических явлений, суицидальной настроенности, психической анестезии, и, помимо витальных, аффективных и невротических расстройств также психотическими явлениями.

Брадифрения — это заторможенность в интеллектуальной сфере. Проявляется затрудненным образованием мыслей, воспоминаний, представлений, уменьшением общего их числа, однообразием и скудостью содержания. Внешне выражается долгими паузами между вопросами врача и ответами пациента, причем последние обычно односложны и неполны. Сами пациенты не задают много вопросов, инертны. Субъективно переживается «чувство оупения, торможения, неясности в голове, ощущение преграды, пустоты, обеднения мысли». Падает мыслительная инициатива, страдает воображение, планирование, снижается способность интегрировать разнообразные суждения, мысли выражаются с трудом, медленно подбираются нужные слова и выражения. По сообщениям пациентов, это чувство «неясности в голове», ощущение «скованности мысли», «преграды»

на пути мыслей, «пустоты в голове», когда можно часами сидеть, глядя в одну точку и ни о чем не думать. Наблюдается аспонтанность мышления, замедленное течение мыслей, затрудненное воспроизведение прошлого опыта и поверхностное восприятие происходящего в настоящее время. Внимание поглощено не теми реальными событиями, что окружают больного и совершаются в нем самом, а представлениями и размышлениями депрессивного содержания, оно переносится в иное ценностное измерение. Именно это имеют в виду, говоря об аутизме депрессивных больных. Мышление носит бессистемный характер, нередко утрачивается чувство собственной активности – «мысли плывут сами по себе». Пациент жалуется на отсутствие «нужных» мыслей и, в то же самое время непрекращающийся поток случайных ассоциаций, а также напоминающих калейдоскоп сновидений. Память притупляется, лишается прежнего быстродействия. Возможны ложные воспоминания – по выходе из депрессии оказывается, что подобных печальных событий не было или они существовали только как возможность. Затруднено планирование самых простых, бытовых действий, нарушена прогностическая функция, предвидение реального хода событий. «Отупение» может быть такой степени, что больные чувствуют себя совершенными «дураками, умственно отсталыми». Заторможены интеллектуальные потребности, исчезает любознательность, пытливость

Гипобулия – торможение в сфере деятельности и психомоторики. Типична аспонтанность депрессивных пациентов, обеднение и ослабление интенсивности побуждений, общее снижение активности. Аспонтанность может достигать степени депрессивного ступора – психотического по существу состояния. Движения замедлены, амплитуда их ограничена. Появляется моторная неловкость, неточность движений, нарушения походки, из-за чего пациенты часто сравнивают свое состояние с опьянением и по этой причине стесняются бывать на людях. Нарушается почерк, буквы мельчают (микрография), теряют уверенные очертания. Страдает инициатива. Инертность тяжело переживается и стоит пациентам больших усилий, если они пытаются ее преодолеть.

Депрессиям свойствен и ряд соматических расстройств: больные выглядят постаревшими, у них повышается ломкость ногтей, ускоряется выпадение волос, замедляется пульс, возникают и становятся частыми запоры, нарушается менструальный цикл и часто появляется аменорея, пропадает аппетит (пища – «как трава»), в результате чего больные едят через силу и у них уменьшается масса тела. Встречаются также разнообразные вегетативные нарушения: сухость слизистых оболочек, слезливость

(«слезливая депрессия»), отсутствие слез («сухая депрессия», как правило, глубокая), анорексия, запоры, метеоризм, потеря веса, тахикардия, приступы сердцебиения, нарушения сердечного ритма, явления диспноэ – ощущение нехватки воздуха, чувство неполноты вдоха, приступы астмы, невралгические боли, цефалгии, боли в суставах, мидриаз, ослабление тургора кожи, выпадение волос, поседение, субфебрилитет, утрата полового влечения, нарушения менструального цикла. Сочетание мидриаза, тахикардии и склонность к атоническим запорам называют «триадой Протопопова». В. П. Осиповым описан депрессивный «симптом сухого языка» – язык у пациентов сухой, покрыт фулигинозным налетом, с трещинами, иногда выглядит опухшим. Постоянно бывает тяжелый запах изо рта. Описан также своеобразный зрачковый феномен – зрачки расширены, прямая фотореакция зрачков сохранена, но отсутствует на аккомодацию и конвергенцию – п симптом Атанасио. Также отмечается нарушение сна: затруднено засыпание («сна нет, не идет сон...»), сон поверхностный, беспокойный, с кошмарами, внезапными ночными пробуждениями. Характерны ранние утренние пробуждения, отсутствие чувства отдыха после сна. У пожилых больных в клинической картине депрессии встречаются нарушения, структурно связанные с соматической патологией и расцениваемые как соматогенные, однако, исчезающие по окончании депрессии. Могут возникать также явления, напоминающие психоорганический синдром, но бесследно проходящие вместе с депрессией.

Виды депрессий в клинической картине депрессивного синдрома

В отечественной психиатрии принято выделять простые и сложные депрессии, в рамках которых мы рассмотрим все психопатологические варианты депрессивного синдрома, встречающиеся в клинической практике. К простым депрессиям относятся меланхолические, тревожные, адинамические, апатические и дисфорические депрессии. Рассмотрим каждую форму отдельно:

- Меланхолические (тоскливые) депрессии характеризуются классической «депрессивной триадой»: подавленным настроением, интеллектуальной и моторной заторможенностью. Также, наряду с подавленным настроением, появляется гнетущая безысходная тоска, сопровождающаяся неприятным ощущением в эпигастральной области, тяжестью и даже болями в области сердца. Окружающую действительность больные воспринимают в мрачном свете, впечатления, доставлявшие удовольствие в прошлом, представляются не имеющими никакого смысла, утратившими актуальность, а прошлое рассматривают как цепь ошибок. В памяти всплывают и чрезмерно

переоцениваются былые обиды, несчастья, неправильные поступки. Настоящее и будущее больные видят мрачным и безысходным. Больные целые дни проводят в однообразной позе – сидят, низко опустив голову, или лежат в постели; движения их крайне замедлены, 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.

- Тревожные депрессии – они могут быть как ажитированными, так и заторможенными. При тревожно– ажитированных депрессиях в картине состояния преобладает двигательное возбуждение в виде ажитации с ускоренной речью, возникает нигилистический бред, а нередко и синдром Котара. При заторможенных депрессиях психопатологическую картину в значительной степени определяет тревога. В депрессивной триаде выражена двигательная заторможенность, темп мышления не меняется, идеаторное торможение проявляется тревожно– тоскливым содержанием мышления. Тревога ощущается больными физически, появляются чувство тоски, идеи самообвинения и неполноценности, суицидальные мысли и описанные выше соматические признаки депрессии.

- Анестетические депрессии характеризуются преобладанием в картине болезни симптомов психической анестезии – утратой эмоциональных реакций на окружающее. Такие депрессии могут быть либо только анестетическими, либо тосливо– анестетическими и тревожно– анестетическими. При сугубо анестетических депрессиях анестетические расстройства – наиболее значимый признак синдрома, в то время как другие симптомы депрессии могут быть стертыми, отсутствовать или быть незначительно выраженными. Это касается идеомоторного торможения, суточных колебаний настроения и соматических признаков депрессии. Кроме того, у некоторых больных могут появляться деперсонализационные расстройства, депрессивное «мировоззрение», адинамия, а также интерпретативный ипохондрический бред, фабулу которого составляют анестетические расстройства.

Для тосливо– анестетических депрессий характерны чувство «витальной тоски», локализующееся 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 больные расценивают как свидетельство их реальной эмоциональной измененности и основывают на нем фабулу идей самообвинения.

- Адинамические депрессии – в клинической картине этих депрессий на первый план выступает адинамия, то есть повышенная 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. Формируются бредовые идеи собственной неполноценности, содержание которых определяется особенностями адинамии. Сочетанному варианту депрессии свойственны признаки как идеаторной, так и моторной адинамии. В депрессивном синдроме большое место занимают тревога, чувство тоски неопределенного характера. В данном случае депрессивная триада дисгармонична – моторная заторможенность значительно преобладает над идеаторной.

- 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 силы побуждений и всех видов психической активности. Для этого варианта депрессий характерны значительная выраженность апатии и неяркость других проявлений депрессивного синдрома – тоски, тревоги, идей самообвинения, соматических признаков депрессии. Выделяют апато-меланхолические и апато-адинамические депрессии. Апато-меланхолические депрессии проявляются плохим настроением, чувством тоски, идеями самообвинения, суицидальными мыслями, но сами больные именно апатию оценивают как одно из самых тяжелых расстройств. Отмечают обратную зависимость между

выраженностью апатии и тоски. У некоторых больных, наряду с тоской, могут возникать эпизоды тревоги. Апато-адинамические 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 – это состояния, характеризующиеся возникновением на фоне сниженного настроения дисфории – состояния раздражительности, гневливости, агрессивности и разрушительных тенденций. При этом источником раздражения могут внезапно становиться предметы и ситуации, незадолго до этого не привлекавшие внимания больного. Поведение больных в период дисфорических депрессий бывает различным: у одних преобладают агрессия и угрозы окружающим, разрушительные тенденции и нецензурная брань; у других – стремление к уединению, связанное с гиперестезией и «ненавистью ко всему миру»; у третьих – стремление к активной деятельности, носящей нецеленаправленный и часто нелепый характер. В момент развития дисфории иногда возникает ощущение внутренней психической напряженности и ожидание надвигающейся катастрофы.

В клинической картине простых депрессий могут быть галлюцинаторные, бредовые и кататонические проявления, 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), ступорная депрессия и др. Отраженные в названиях этих депрессий характеристики несущественны – они лишь подчеркивают те или иные особенности депрессивного состояния, которые могут наблюдаться в клинической картине депрессий различной структуры. Представленная типология простых депрессий, естественно, не исчерпывает всего их многообразия и в этом

отношении в значительной степени относительна. Это связано в первую очередь с тем, что наряду с классическими клиническими картинами описанных депрессий наблюдаются состояния, которые нередко трудно отнести к определенному типу депрессий в связи с их значительной изменчивостью и полиморфизмом основных проявлений.

К сложным депрессиям относят сенестоипохондрические депрессии и депрессии с бредом, галлюцинациями и кататоническими расстройствами. Они отличаются 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 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 или негативизма до выраженных картин субступора и ступора. Соотношения собственно аффективных расстройств и расстройств, выходящих за границы облигатных симптомов депрессии, исследователи рассматривают по-разному: одни полагают, что расстройства неаффективного круга возникают независимо от аффективных нарушений, другие считают аффективные расстройства вторичными по сравнению с более тяжелыми психопатологическими проявлениями. Наряду с простыми и сложными депрессиями в литературе описывают 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 невозможно.

- Хронические депрессии отличаются от протрагированных не только затяжным характером, но и признаками хронизации, проявляющимися однообразием и монотонностью психологической картины депрессии. В этих случаях могут появляться также гипоманиакальные «окна» и симптомы невротического регистра в виде сенестопатических, обсессивно-фобических и вегетофобических пароксизмоподобных состояний. Общие особенности хронических депрессий: преобладание в клинической картине болезни меланхолических, деперсонализационных и ипохондрических расстройств; 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

Заключение

Таким образом, в заключение можно сказать, что депрессивный синдром, при всей кажущейся простоте в диагностике, представляет собой сложный, полиморфный психопатологический синдром с разнообразными психическими и физиологическими проявлениями, требующий тщательного сбора анамнеза, анализа клинической картины и детального исследования соматического состояния пациента, что необходимо для появления новых возможностей ранней диагностики (выявление маркеров риска развития), профилактики (разработка тренинговых методик) и терапии (появление новых антидепрессантов с мультимодальным механизмом действия) данного синдрома, учитывая витальный характер переживаний пациентов, высокий суицидальный риск и общее снижение качества жизни отдельного человека, что неизменно приведет к снижению качества жизни общества в целом.

Список литературы:

1. Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г. Депрессивное расстройство/– М. ГЭОТАР– Медиа, Москва.—2018.—112с. (Серия «Библиотека врача-специалиста»)
2. Депрессия и риск развития соматических заболеваний. Руководство для врачей (под редакцией Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э., Кибитов А.О.)—М. Спец. Изд-во мед. кн., 2018; 248. [Depressiya i risk razvitiya somaticheskikh zabolevani. I. Rukovodstvo dlya vrachei (pod redaktsiei Neznanov N.G., Mazo G.E., Kibitov A.O.)—М. Spets. Izdatel'stvo med.kn., 2018; 248.] (In Russ.)
3. Влияние тревоги на когнитивные процессы при депрессивном синдроме
Алфимова М.В., Лапин И.А., Аксенова Е.В., Мельникова Т.С. Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27. № 1. С. 5– 12.
4. Психиатрия: Научно– практический справочник / Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — 608 с. ISBN 978– 5– 9986– 0243– 6
5. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова ; отв. ред. Ю. А. Александровский. – М.: ГЭОТАР– Медиа, 2017. – 624 с. ISBN 978– 5– 9704– 4017– 9
6. Ghanei Gheshlagh R, Parizad N, Sayehmiri K, The relationship between depression and metabolic syn- drome: systematic review and meta-analysis study. Iran Red Crescent Med. J. 2016; 18:e26523. DOI: 10.5812/ircmj.26523
7. Незнанов, Н. Г. Психиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Н. Г. Незнанов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 496 с