

**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: «ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ»

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

Красноярск 2020 г.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	3
ТРИАДА ДЕПРЕССИВНЫХ СИМПТОМОВ.....	3
ГИПОТИМИЯ	3
БРАДИФРЕНИЯ	5
ГИПОБУЛИЯ	6
СОМАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИИ	6
ВИДЫ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА.....	7
ВЫВОД.....	8
ИСТОЧНИКИ.....	8

ВВЕДЕНИЕ

Депрессия является распространенным заболеванием во всем мире, от которого страдает более 264 миллионов человек. Депрессия отличается от обычных изменений настроения и кратковременных эмоциональных реакций на проблемы в повседневной жизни. Депрессия может стать серьезным нарушением здоровья, особенно если она затягивается и принимает умеренную или тяжелую форму. Она может приводить к значительным страданиям человека и к его плохому функционированию на работе, в школе и в семье. В худших случаях она может приводить к самоубийству. Ежегодно около 800 000 человек погибают в результате самоубийства — второй по значимости причины смерти среди людей в возрасте 15-29 лет.

Несмотря на наличие эффективных методов лечения психических расстройств, в странах с низким и средним уровнем дохода от 76% до 85% людей, страдающих нарушениями психического здоровья, не получают никакого лечения. Препятствия для получения эффективного лечения включают отсутствие ресурсов, нехватку подготовленных поставщиков медицинской помощи и социальную стигматизацию, связанную с психическими расстройствами. Еще одним препятствием является неточная оценка. Во всех странах людям, страдающим депрессией, часто ставится неправильный диагноз, в то время как другим людям, не имеющим этого расстройства, иногда ставится ошибочный диагноз и назначаются антидепрессанты.

Бремя депрессии и других нарушений психического здоровья растет в глобальных масштабах. В мае 2013 года Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию, в которой призвала к принятию комплексных, скоординированных ответных мер на психические расстройства на национальном уровне.

Депрессивный синдром включает следующую триаду признаков: аутохтонное или возникшее по другим причинам снижение настроения — гипотимия, заторможенность мыслительной деятельности — брадифрения, ослабление побуждений к деятельности и общее снижение активности — гипобулия. Наблюдаются также ипохондрические явления, симптомы психической анестезии, деперсонализации и дереализации, разнообразные вегетативные и нейроэндокринные расстройства, нарушения сна и других витальных функций.

ТРИАДА ДЕПРЕССИВНЫХ СИМПТОМОВ

ГИПОТИМИЯ

Гипотимия характеризуется 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. Мы умышленно выходим за узкие рамки психологической трактовки гипотимии с целью подчеркнуть сложность данного клинического феномена.

В структуре гипотимии постоянно встречаются разнообразные страхи и тревога. В легких случаях это психологически понятные, хотя и преувеличенные опасения, связанные с реальными событиями — семейными и служебными проблемами, болезнями близких и т. д. Повышенная боязливость, неуверенность, мнительность, нерешительность, навязчивые сомнения, опасения и страхи составляют то, что обозначают как психастенические явления в депрессии (Каннабих, 1914). Нередко появляются беспредметное беспокойство, «внутреннее» волнение, безотчетное предощущение беды, ужасного финала, напряженность, акатизия. Тревога может возникать острыми приступами, во время которых пациенты «не находят места», испытывают необъяснимую потребность бежать, кричать, подвергают себя самоистязаниям — тревожное возбуждение, сопровождаемое

Дисфорические явления — в подавленном настроении отчетливо представлены мрачность, угрюмость, недовольство, ворчливость, брюзжание, вспышки гнева. Недоброжелательность к окружающим сочетается, как правило, с недовольством собой, самоосуждением, иронией, саркастическим отношением к себе, аутоагрессией — временами «кажется, убил бы себя», острой ненавистью по отношению к себе. «Мерзавец, подлец, негодяй» — далеко не самые сильные выражения таких пациентов о себе.

Апатические явления — жалобы на равнодушие, ослабление интересов, утрату желаний, безучастность, субъективно переживаемое как болезненное состояние: «Все стало безразлично, ни к чему душа не лежит... Все отдал бы, чтобы чего-нибудь захотеть... Ни на что глядеть неохота, лег бы да лежал, отвернувшись к стене...». Подчеркнем, что, в отличие от апатии в рамках дефектных состояний, депрессивная апатия осознается пациентами как ненормальное и очень тягостное явление.

Адинамические явления — жалобы на ослабление либо потерю побуждений к деятельности, осознаваемую как факт болезни: «Все делаю с трудом, через силу... Знаю, что надо делать, а заставить себя не могу... Делаю по обязанности — не по желанию, как раньше... Раньше все получалось само собою, а теперь пустяка сделать не могу, каждый раз приходится насиловать себя... Постоянно тяну резину, откладываю дела на потом, начинаю шевелиться в самый последний момент, когда оттягивать уже некуда... Ленивый стал, ругаю себя, скоро мухи в рот класть яйца начнут...».

Депрессивно-параноидные явления — больные полагают, что окружающие обвиняют, осуждают их, враждебно к ним настроены. Наблюдаются бредовые идеи отношения, преследования

БРАДИФРЕНИЯ

Брадифрения — заторможенность в интеллектуальной сфере. По сообщениям депрессивных 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 быстрого действия. Иногда, впрочем, спонтанно «вспоминаются» самые незначительные или очень далекие, детские события весьма нелестного для больного содержания. 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. «Вроде не о чем стало думать». Трудно дается диалог: «Говорить не о чем, не знаешь, что спросить... Не могу найти тему для разговора, только слушаю... Разговор какой-то искусственный, не сам по себе, все время надо думать, о чем сказать. И при этом почему-то надо, я вроде обязан говорить со всеми, хотя сознание удерживает, останавливает...». Теряется сообразительность, находчивость, смекалка, не появляется свежих идей, оригинальных решений. Часто депрессивные пациенты отмечают, что не успевают следить за ходом мысли других людей, не могут по этой же причине понять содержание фильмов, отказываются от телевизора — «не понимаю, что там, не доходит, не успеваю понять». С трудом формулируются мысли, «не хватает слов», становится тяжело писать, так как долго не удастся найти удачное выражение. Характерна неуверенность в суждениях, постоянно возникает ощущение, будто сказал не так или не совсем то, что думал. В речи появляются оговорки, уточнения, дополнения, исправления уже произнесенного. Речь в целом обедняется, становится невыразительной. К тому же она замедлена и часто прерывается продолжительными паузами.

ГИПОБУЛИЯ

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.

Продуктивность деятельности резко падает: «Раньше за час делал столько, что теперь и за целый день не успеваю».

Типичны депрессивные изменения в экспрессивной сфере. Поза скорбная, выражение лица траурное, взгляд тусклый, немигающий, углы рта опущены. Руки безвольно свисают, рукопожатие бессильное. Депрессивные больные оставляют впечатление постаревших и убитых горем людей. Жестикуляция вялая, преобладают жесты безнадежности и отчаяния. Иногда можно заметить кожную складку на верхнем веке — «третье веко» или симптом Верагута.

При депрессии наблюдается ряд других психопатологических явлений: обманы восприятия, бредовые идеи, сновидное помрачение сознания, кататонические симптомы.

СОМАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИИ

Встречаются также разнообразные сомато-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 — симптом Атанассио. При симптоме Аргайла Робертсона, выявляющегося при нейролюэсе, наблюдается, как известно, обратная картина: миоз, анизокория, деформация зрачков, отсутствие прямой их фотореакции при сохранении реакции зрачков на конвергенцию и аккомодацию.

ВИДЫ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА

Выделяют 4 основных депрессивных синдрома: **тревожно-депрессивный**, при котором наряду с тоской отчетливо выражена тревога; **меланхолический**, при котором ведущим и наиболее выраженным аффектом является тоска, и **анергическую** депрессию, при которой тоска и тревога выражены слабо и в клинической картине выступает на первый план общее снижение активности всех психических процессов, вероятно, являющееся исходным, базисным проявлением эндогенной депрессии. Обоснование такого подхода будет изложено в последующих главах. Четвертым синдромом является **депрессивно-деперсонализационный**. Хотя деперсонализация не является аффектом, однако ее следует отнести к эффектной патологии, поскольку она, по некоторым данным, возникает в ответ на интенсивную тревогу (а иногда тоску) и блокирует эти и другие эффекты. Характеристика этого синдрома дается в следующем разделе среди атипичных депрессивных состояний.

Анергическая депрессия. При этом состоянии нет отчетливой тоски и тревоги, настроение нерезко снижено, по утрам несколько в большей степени, нет выраженной психомоторной заторможенности, больные жалуются не столько на слабость, сколько на невозможность заставить себя что-либо делать, развивается своеобразная психическая инертность, снижается уровень побуждений, возникает ощущение собственного безволия, крайне затруднено принятие решений, простые вопросы становятся проблемами, интересы блекнут, нарастает ощущение бесперспективности, потери цели, собственного бессилия, беспомощности, утрачивается способность испытывать радость. Идеи малоценности обычно возникают лишь как результат неудач, неспособности справиться с возникающими задачами, идей виновности нет, часто чувство зависти к окружающим, «даже к инвалидам, калекам» и жалость к себе. Соматические симптомы депрессии выражены слабо, может даже не быть значительного снижения аппетита и потери массы тела, есть больным не хочется, но они заставляют себя. Суицидных намерений, как правило, нет, хотя больные часто говорят, что жить не хочется. Возможны obsessions, которые обычно носят характер навязчивых сомнений, ипохондрические идеи, но эти симптомы необязательны. Это состояние, очевидно, лучше определить как синдром энергической депрессии, а не астенодепрессивный синдром, поскольку выраженной истощаемости, характерной для астении, у таких больных нет, э отмечается постоянно сниженный фон активности, энергии, который держится на одном уровне в течение всей беседы. Такие состояния также обозначаются как адинамические и апатические депрессии.

Меланхолический синдром (иногда обозначаемый как «простая» или «классическая» депрессия). Он характеризуется отчетливой тоской с суточными колебаниями и витальным компонентом, напряжением, хотя внешние проявления тревоги могут быть незначительными или отсутствовать, психомоторной заторможенностью. Суицидные тенденции, как правило, присутствуют, возможны идеи малоценности, виновности. Obsessions встречаются редко и носят характер хульных мыслей или навязчивых мыслей о самоубийстве. При тяжелом, напряженном меланхолическом синдроме, как правило, имеются деперсонализационные явления: болезненное бесчувствие, сопровождаемое душевной болью, отсутствие чувства голода, насыщения, иногда сна. Сон тяжелый,

с ранними утренними пробуждениями, аппетит резко снижен, наблюдаются похудание, запоры.

Тревожно-депрессивный синдром характеризуется значительным удельным весом тревоги, которая наряду с тоской составляет аффективный стержень синдрома. Настроение резко снижено, возможна тоска с витальным компонентом, суточные колебания настроения обычно выражены. В двигательной сфере — либо двигательное беспокойство в той или иной степени вплоть до резкой ажитации, либо тревожное оцепенение вплоть до обездвиженности. Как правило, беспокойство отмечается значительно чаще. Депрессивные идеи носят двойственный характер («виновен, но боюсь наказания»), часты ипохондрические идеи. Если имеются навязчивости, то они носят характер фобий. Возможны явления ауто- и соматопсихической деперсонализации. Помимо снижения аппетита, похудания и запоров, отмечаются мышечные спазмы, болевые и неприятные ощущения, которые нередко служат базой для ипохондрических переживаний.

Таким образом, наиболее важным критерием, характеризующим депрессивный синдром, является соотношение в его структуре тоски и тревоги.

ВЫВОД

Депрессивный синдром имеет огромное значение в клинической практике врача-психиатра. Это обусловлено высокой частотой встречаемости расстройств, в структуру которых входит депрессивный синдром. Необходимо своевременная диагностика депрессивного синдрома и назначение медикаментозной терапии, так как затяжное и запущенное течение имеет высокий риск суицида, негативно влияет на качество жизни, и является причиной утраты трудоспособности лиц молодого и среднего возраста.

ИСТОЧНИКИ

1. Сайт WHO: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Жмуров В.А. Общая психопатология.—Иркутск: Издательство Иркутского университета, 1986. - 280 с.
3. Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. «Аффективные психозы».
4. Клинические рекомендации Рекуррентное депрессивное расстройство, диагностика и лечение, 2014 год.
5. Незнанов, Н. Г. Психиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Н. Г. Незнанов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 496 с.

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

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____

Рецензия _____ зав. Кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности Психиатрия

Щетниковой Анастасии Сергеевны

Тема реферата: «Депрессивный синдром».

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 литература (не старше 5 лет)	
9. Наличие общего вывода по теме	
10. Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	

Дата: «__» _____ 2020 год

Подпись рецензента _____ Березовская М.А.

Подпись ординатора _____ Щетникова А.С.

