

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

ЭМОЦИИ (от лат. *emoveo* – потрясаю, волную) – это субъективные реакции человека на воздействие внутренних и внешних раздражителей, проявляющиеся в виде удовольствия, радости, страха, гнева, горя, стыда, вины; и своеобразный индикатор, дающий человеку сведения о том, насколько значим для него раздражитель, и насколько была адекватна реакция организма на него.

Эмоциональные расстройства в DSM-V: взгляд в будущее ... ?



* Биполярные расстройства (I, II, циклотимия) выделяются в отдельный подтип

Watson D. , 2005

ЭМОЦИИ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ НА:

Положительные (приятные) - побуждают к достижению эмоций и сохранению.

Отрицательные (неприятные) - стимулируют активность, направленную на избегание вредных воздействий.

Низшие - основанные на инстинктах.

Высшие - возникающие в связи с удовлетворением общественных потребностей.

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ

I. По выраженности и длительности:

Эмоциональная реакция - кратковременное и неглубокое эмоциональное переживание.

Аффект – кратковременное и интенсивное эмоциональное состояние.

Настроение – длительное эмоциональное состояние, не достигающее значительной интенсивности и не имеющее существенных колебаний в течении длительного периода времени.

Страсть – длительное и глубокое эмоциональное состояние, значимое для человека.

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ

II. По характеру («содержанию»):

- Симптомы сниженного настроения (*гипотимии*)
- Симптомы повышенного настроения (*гипертимии*)
- Симптомы качественного искажения эмоций (*паратимии*)

СИМПТОМЫ СНИЖЕННОГО НАСТРОЕНИЯ

Тоска – душевная боль, мука, сопровождающаяся подавленностью, унынием, безнадежностью, отчаянием, страданием.

Апатия – снижение жизненного тонуса, вялость, безразличие ко всему окружающему.

Депрессия – болезненное пониженное настроение, с пессимистической оценкой прошлого, настоящего и будущего.

Дисфория – угрюмое, мрачное, раздражительное и злобное настроение с повышенной чувствительностью к любому раздражителю, ожесточенность и взрывчатость.

СИМПТОМЫ ПОВЫШЕННОГО НАСТРОЕНИЯ

Эйфория – неадекватное повышенное, веселое, беззаботное настроение.

Мория – немотивированная веселость с нелепым поведением, дурашливо-добродушным настроением, поступками, показным стремлением подшутить над окружающими.

Экстаз – крайняя степень экзальтации, при котором на фоне восторженно-исступленного настроения доминирует чувство страсти.

КАЧЕСТВЕННОЕ ИСКАЖЕНИЕ ЭМОЦИЙ

Эмоциональная лабильность – частая интенсивная смена настроения, возникающие в связи с незначительными изменениями ситуации.

Слабодушие – недержание эмоций, с быстрым переходом от эйфоричного настроения к слезливости, а затем опять к беспечному благодушию без достаточного на то основания, эмоции при этом поверхностные, переживания неглубокие.

Эмоциональная ригидность – трудности переключаемости с одной эмоциональной реакции на другую при смене ситуации.

Неадекватность эмоций – эмоциональная реакция, не соответствующая ситуации.

Амбивалентные эмоции – парадоксальное присутствие двух взаимоисключающих эмоций.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

(РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ)– ЭТО ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПЕРЕЖИВАНИЕМ ЧЕЛОВЕКА ЕГО ОТНОШЕНИЯ К ОКРУЖАЮЩЕМУ МИРУ И К САМОМУ СЕБЕ.

Описываются в рубрике МКБ – 10 F 30 – 39.

АНАТОМИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

При аффективных нарушениях происходят изменения в лимбико-диэнцефальных отделах и в вегетативно – эндокринной регуляции, сопровождающиеся изменениями в деятельности органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой системы, обмена веществ, скелетной и гладкой мускулатуры; а также изменение психических функций (внимания, мышления, произвольной деятельности).

КЛАССИФИКАЦИЯ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

I Простые (типичные) синдромы:

1. Маниакальный синдром с повышенным радостным настроением (гипертимией), ускоренным мышлением и повышенной физической и психической деятельностью.

2. Депрессивный синдром с пониженным настроением, замедленным мышлением и психомоторной заторможенностью.

II Сложные (атипичные) синдромы с появлением в структуре аффективного синдрома других психопатологических проявлений (обсессивных, сенесто-ипохондрических, галлюцинаторно-бредовых).

III Смешанные состояния, сочетающие совпадающие во времени депрессивные и маниакальные симптомокомплексы одновременно самостоятельно впервые выделены Kraepelin в 1896: заторможенная мания, ипохондрическая мания, ассоциативно-замедленная мания; гиперактивная депрессия, ассоциативно-ускоренная депрессия.

МАНИИ В МКБ-10

F30 МАНИАКАЛЬНЫЙ ЭПИЗОД

F30.0 Гипомания

F30.1 Мания без психотических симптомов

F30.2 Мания с психотическими симптомами

F30.8 Другой маниакальный эпизод

F32.9 Неуточненный маниакальный эпизод



Рисунок пациента в мании



Больная в мании

ВАРИАНТЫ МАНИАКАЛЬНОГО СИНДРОМА

Простые мании (от греч. mania- безумие, восторженность, страсть):

- *веселая (солнечная) мания* - доминирует веселость, а ускоренное мышление и стремление к деятельности выражены нерезко;
- *спутанная мания* – ускоренный мыслительный процесс до бессвязности и беспорядочное хаотичное возбуждение;
- *гневливая мания* – преобладание раздражительности, гневливости, придирчивости вплоть до возникновения возбуждения со злобой, яростью, разрушительными тенденциями, агрессией – *маниакальное буйство или дисфорическая мания*;
- *психопатоподобные маниакальные состояния* – нестойкий аффект, нет стремления к деятельности; импульсивные влечения, агрессивность по отношению к родным и близким.

Сложные маниакальные синдромы:

- *бредовые маниакальные состояния* – развитие бреда, галлюцинаций с тенденцией к систематизации, без помрачения сознания⁴
- *мании с развитием острого чувственного бреда и идеями величия*; вербальными псевдогаллюцинациями, фантастическими конфабуляциями;
- *мании с онейроидом* – онейроидные расстройства экспансивного содержания с кататоническим возбуждением, ступором;
- *мании с дурашливостью* – повышенное настроение с плоскими шутками и гримасничанью; поведение пуэрильное с псевдодеменцией.

Маниакальный эпизод в DSM-IV

- Патологически и устойчиво повышенное, экспансивное или раздражительное настроение, сохраняющееся, по крайней мере, на протяжении 1 недели (или же любой продолжительности, в случае необходимости госпитализации)
- Присутствие, по крайней мере, 3 (4-х в случае раздражительной мании) из перечисленных признаков:
 - Повышенная самооценка или идеи величия
 - Снижение потребности во сне
 - Необычная многоречивость
 - Скачка идей
 - Повышенная отвлекаемость
 - Повышение активности или психомоторное возбуждение
 - Чрезмерное вовлечение в досуговые мероприятия с потенциально неблагоприятными последствиями
- Выраженное нарушение трудового и социального функционирования или сопутствующие психотические симптомы

Частота и тяжесть симптомов характерных для маниакального состояния

Симптом	Средняя частота (%) ¹	Среднее значение ²
Напористая речь	98	2.65
Гиперактивность	87	2.8
Снижение потребности во сне	81	-
Раздражительность	80	-
Идеи величия	78	2.1
Депрессия	72	-
Скачка идей	71	1.95
Отвлекаемость	71	-
Лабильность	69	-

1. Goodwin FK, Jamison KR. 1990 Manic-Depressive Illness
Oxford University Press Inc., New York, NY: 227-244

2. Bowden CL. J Clin Psychiatry 2006;67:1501-1510

Варианты острой мании

- Существует 4 клинически значимых варианта мании
- Данные варианты различаются по уровню суицидальности, терапевтическим исходам и частоте развития среди мужчин и женщин

Чистая мания

Агрессивная мания

- Раздражительная мания
- Мания
- Эмоциональная лабильность/ажитация

Психотическая мания

- Психоз
- Эмоциональная лабильность/ажитация

Смешанная мания

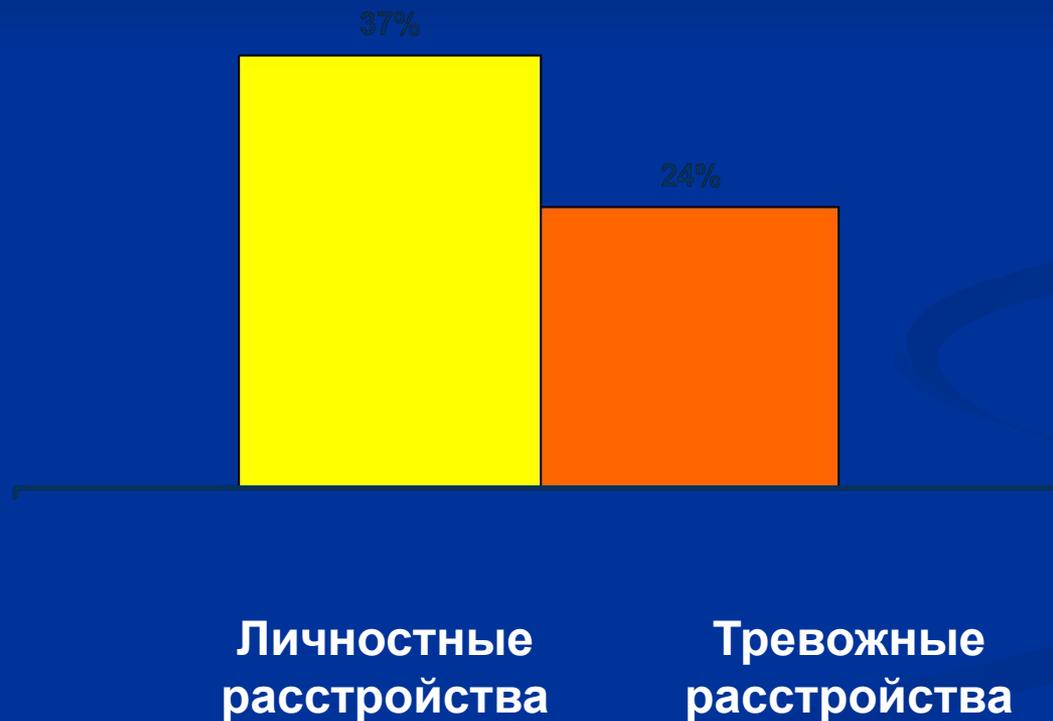
- Депрессивное настроение
- Психомоторная/идеаторная заторможенность
- Эмоциональная лабильность/ажитация

Смешанный эпизод в DSM-IV

- Симптомы соответствуют критериям как маниакального, так и большого депрессивного эпизода (за исключением продолжительности) практически ежедневно в течение, по крайней мере, 1 недели
- Выраженное нарушение трудового и социального функционирования или госпитализация, с целью предупреждения нанесения вреда себе или окружающим, или психотические симптомы
- Симптомы не являются следствием непосредственного физиологического эффекта различных веществ (например, лекарственных, наркотических средств и др.) или соматического состояния (например, гипертиреоз)

Диагнозы, предшествующие установлению смешанной мании

Предшествующие диагнозы у пациентов с депрессивной манией
(≥ 2 депрессивных симптома)



ОСОБЕННОСТИ МАНИАКАЛЬНОГО СИНДРОМА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

1. Атипичность структуры маниакальной триады.
2. Гипоманиакальные состояния с подъемом настроения, бездумной веселостью, не заражающей окружающих, игривостью, склонностью к клоунаде.
3. Изменения в инстинктивной сферы с укороченным и беспокойным сном, повышенным аппетитом, сексуальными девиациями.
4. Изменения в поведении – бестактность, отсутствие дистанции, моторное возбуждение, многоречивость, суетливость, отсутствие целенаправленной деятельности.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МАНИЙ У ДЕТЕЙ

Приподнятое настроение, повышенная активность, неконтролируемое возбуждение; отсутствие продуктивной коммуникации и адекватной реакции на замечания, неудачи и неприятности.

Дети в любое время могут петь, пританцовывать, декламировать стихи; приниматься за множество дел и не доводить до конца.

Ощущение физической бодрости, неутомимости, отсутствие усталости, снижение порога болевой чувствительности, редкие соматические заболевания.

ОСОБЕННОСТИ МАНИАКАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ

1. Типичная мания встречается с 15-16-летнего возраста.
2. Гневливая (гневная) мания со вспышками агрессии, злобы, сменяющаяся благодушием.
3. Делинквентный эквивалент мании, как скрытая форма гневливой маниакальной фазы (склонность к совершению правонарушений и хулиганских действий, алкоголизация, злоупотребление ПАВ без заметного повышения настроения).
4. Мориоподобная мания – благодушно-дурашливая эйфория с неадекватными поступками, ребенок часто и много кривляется и шутит, охотно общается.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МАНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Подъем настроения сопровождается повышением энергии, речевым напором, повышенной отвлекаемостью.

Завышенная самооценка, идеи величия, чрезмерная самоуверенность; подростки становятся заносчивыми, строят нереальные планы на будущее.

В тяжелых случаях может быть бред с галлюцинациями, скачками идей.

Отсутствие критики к своему состоянию.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

1. С гипердинамическим синдромом у детей

2. С шизофреническим процессом

При шизофрении нет «теплых» эмоций, больной остается холодным, отгороженным от окружающих и не стремится к общению.

3. С классическим состоянием мании вследствие органического поражения лобных отделов головного мозга - от классических состояний мании манию с дурашливостью помогают отличить дополнительные обследования:

- Отсутствие грубого органического поражения лобных отделов головного мозга при мориоподобной мании;
- Анамнестические данные (например, указания на прооперированную опухоль головного мозга свидетельствуют в пользу классической мании)

ЛЕЧЕНИЕ с применением нейролептиков (галоперидола, оланзапина, тизерцина).



Депрессия (от лат. *depressio* — подавление, угнетение)— психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего



К ВОПРОСУ ОБ ИСТОРИИ ДЕПРЕССИИ

Отдельные состояния, относимые в настоящее время к депрессии, были известны в глубокой древности.

ГИППОКРАТ описывал состояния меланхолии или «черной желчи» и считал их обусловленными *соматическими причинами*.

ПРЕДСТАВИТЕЛИ ФРАНЦУЗСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ установили, что причиной депрессивных расстройств является *наследственная отягощенность*.

КРЕПЕЛИН наблюдал картину депрессии, как *самостоятельного заболевания* в рамках фаз психоза и описывал много общего в психике больных, перенесших в течение жизни депрессивный приступ.

Он описал случай депрессии у ребенка 10 лет.

КРЕЧМЕР углубил конституциональную точку зрения на причину возникновения депрессивных эпизодов, указав на корреляции между психическими конституциями и соматическими типами (лица, которым свойствен пикнический тип конституционального телосложения, склонны к маниакально-депрессивному психозу).



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДЕПРЕССИЙ

Распространенность депрессий в мире:
около **3%**

В развитых странах:
до **5-10%**

Среди пациентов поликлиник:
до **25%**

Источники:

В.Н.Краснов. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике. 2001





СЕМЬ ВЕДУЩИХ ПРИЧИН НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЕВРОПЕ

Condition	Total DALYs (%)
1. Ischaemic heart disease	10.5
2. Unipolar depressive disorders	6.2
3. Cerebrovascular disease	7.2
4. Alcohol-use disorders	3.1
5. Chronic pulmonary disease	2.3
6. Road traffic injury	2.4
7. Lung cancer	2.2
Total	33.8



Источник:

WHO. The European health report 2005.





ВЕДУЩИЕ ПРИЧИНЫ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В РОССИИ

RUSSIAN FEDERATION

		%
All causes	39 409 946	100.0
1. Ischaemic heart disease	5 472 308	13.9
2. Cerebrovascular disease	3 930 367	10.0
3. Unipolar depressive disorders	1 574 695	4.0
4. Violence	1 459 927	3.7
5. Self-inflicted injuries	1 297 152	3.3
6. Road-traffic accidents	1 292 752	3.3
7. Poisonings	1 272 366	3.2
8. Alcohol-use disorders	1 258 936	3.2
9. Hearing loss, adult onset	765 988	1.9
10. Tuberculosis	700 997	1.8

Источник:

WHO. The European health report 2005.



Депрессия в общей медицине – «ящик Пандоры»

Для интерниста:



- Гиподиагностика/ошибочный психиатрический диагноз (за последнее десятилетие показатель правильного распознавания депрессий возрос с 25-33% до 60%)
- Редкость назначения АД (~10% больных получают бензодиазепины)
- Преждевременная отмена терапии (~ 40% больных не принимают АД уже через 30 дней) и/или отказ от стабилизирующей и поддерживающей терапии
- Недостаточная доступность психиатрической помощи

Для пациента:



- Соматические симптомы, маскирующие депрессию
- Стигматизация
- Отказ от лечения у психиатра уже после первого визита - 50% больных
- Восприятие коморбидной СЗ депрессии как проблемы, "отнимающей слишком много времени"
- Культуральные предубеждения

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИИ

Величина расходов на лечение и социальную адаптацию депрессивных больных в США ежегодно оценивается в **47,5 млрд.** долларов по сравнению с 43 млрд. долларов на сердечно-сосудистые и 18 млрд. на легочные заболевания.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ДЕПРЕССИЙ

Причины возникновения депрессий носят многофакторный характер:

1. Биологические факторы (наследственность; биохимические нарушения, связанные с изменением уровня моноаминов (дефицитом серотонина, норадреналина) в синапсах мозга; нарушение суточного ритма расщепления кортизола с возникновением, установленной тестом дексаметазонового подавления.

Длительная гиперкортизолемиа способствует повреждению нейронов гиппокампа (атрофические изменения).

Морфологические изменения в миндалине и фронтальной коре головного мозга.

Предполагают, что антидепрессанты играют защитную роль в развитии атрофии гиппокампа (*Vakili et al., 2000*).

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

2. Психотравмирующие факторы

(недостаток материнской любви в раннем возрасте, отделение от матери, социальные и экономические перемены, массовые катастрофы, острые стрессы, развод, смерть близких, тяжелая болезнь, горе, юношеский или поздний возраст, беременность, послеродовой период, климакс).

К ПАТОГЕНЕЗУ ДЕПРЕССИЙ

- Стресс-диатез – существование различных аллелей гена, которые отвечают за устойчивость к бытовым стрессам, которые человек испытывает часто.
- Если преобладают аллели в гене с высокой чувствительностью к стрессу, то риск возникновения депрессии увеличивается до 40%.
- Генетический диатез – предрасположенность к стрессам, нейромедиаторная недостаточность, уязвимость к хронически стрессам.
(Мосолов С.Н.,2009)

Подчиненность депрессии хронобиологическим ритмам



Ультрадианный (лат. *ultra* — сверх) –
высокочастотный (периодичность до
нескольких раз в сутки)

*Депрессия в рамках «короткого
цикла»*

Циркадианный (лат. *circa* — около,
dies — день) – **суточный**
*Суточный ритм циркулярной
депрессии*



Инфрадианный (лат. *infra* — меньше) –
недельный, лунный, сезонный, годичный)

Сезонная депрессия

Функциональное значение циркадианных ритмов

- ▶ **Фундаментальное свойство живых организмов**
- ▶ **Примеры: ритм температуры тела, кортизола, объема мочи, гормонов, моторной активности**
- ▶ **Прогнозируемый гомеостаз: соответствие периодов отдыха/активности и функционирования геофизическим суткам**
- ▶ **Теоретически каждая физиологическая и психическая функция человека варьирует в зависимости от времени суток**

ДЕПРЕССИИ В МКБ-10

F32 ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД

F32.0 Депрессивный эпизод легкой степени

F32.1 Депрессивный эпизод средней степени

F32.2 Депрессивный эпизод тяжелой степени без

психотических симптомов

F32.3 Депрессивный эпизод тяжелой степени с

психотическими симптомами

F32.8 Другие депрессивные эпизоды

F32.9 Депрессивный эпизод неуточненный

F 33 РЕКУРРЕНТНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО - повторное депрессивное состояние с продолжительностью более 6 месяцев

F 43.20 КРАТКОВРЕМЕННАЯ ДЕПРЕССИВНАЯ РЕАКЦИЯ

F 43.21 ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ДЕПРЕССИВНАЯ РЕАКЦИЯ

Систематика депрессий



КРИТЕРИИ ДЕПРЕССИЙ

- **ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ:** сниженное настроение не менее 2-х недель, снижение интересов, неудовлетворение от деятельности, приносившей ранее положительные эмоции.
- **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ:** снижение внимания и сосредоточения; снижение самооценки, неуверенность в себе; идеи виновности и самоуничижения; пессимистическое видение будущего; суицидальные мысли.
- **СИМПТОМЫ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ:** слабость, утомляемость; алгии; затрудненное дыхание; учащенное сердцебиение; похудание; снижение аппетита; запоры; расстройства сна; нарушение менструального цикла; снижение либидо.

(Тиганов А.С. Общая психопатология: Курс лекций. 2008)

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕПРЕССИЙ (по А.С.Тиганову)

ПРОСТАЯ ДЕПРЕССИЯ:

Меланхолическая (Тоскливая)

Тревожная

Анестетическая

Адинамическая

Дисфорическая

СЛОЖНАЯ ДЕПРЕССИЯ:

Синесто-ипохондрическая

Депрессия с бредом и галлюцинациями

Депрессия с кататонией

МЕЛАНХОЛИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

- Характеризуется пониженным настроением, тоской, которая сопровождается неприятными физическими ощущениями.
- Действительное воспринимается в мрачном свете с ангедонией, прошлое воспринимается как череда ошибок и без перспектив в будущем.
- Моторная и идеаторная замедленность.
- Появление суицидальных мыслей и тенденций.

ТРЕВОЖНАЯ ДЕПРЕССИЯ

- Может быть тревожно-ажитированной с преобладанием двигательного возбуждения с ускоренной речью, возможен нигилистический бред.
- При заторможенной депрессии выражена двигательная заторможенность и тревога.
- Наблюдаются чувство тоски, идеи самообвинения и неполноценности, суицидальные мысли и соматические признаки депрессии.

АНЕСТЕТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

- Преобладает утрата эмоциональных реакций на происходящее (психическая анестезия).
- Анестетическая депрессия может быть чисто анестетической, тоскливо-анестетической и тревожно-анестетической.
- При чисто анестетической выражены явления психической анестезии, могут быть *деперсонализационные расстройства* и адинамия.
- Тоскливо-анестетической депрессии свойственны чувство тоски, суточные колебания настроения, идеи самообвинения и самоуничижения, суицидальные мысли и намерения, соматические признаки и адинамия в виде физической и психической слабости. Ощущение утраты чувств расценивается больными как свидетельство эмоциональной измененности и является основной фабулой идей самообвинения.
- Признаками тревожно-анестетической являются тревога, усиливающаяся в вечерние часы, идеаторные расстройства в виде наплывов и путаницы мыслей, отсутствие идеаторного торможения. *Деперсонализационные расстройства* (нереальность восприятия собственного Я, ощущение раздвоенности).

АДИНАМИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

- На первый план в клинической картине выступают слабость, вялость, невозможность выполнять физическую или умственную работу; при этом побуждение, желание, стремление к деятельности сохраняются.
- При идеаторном варианте больные высказывают идеи неполноценности, жалуются на отсутствие «моральных сил», «умственное истощение», плохую сообразительность.
- При моторном варианте преобладают чувства разбитости, мышечной слабости и разбитости и бессилия, с внутренним беспокойством и напряжением, выражены расстройства сна и аппетита, снижение массы тела.
- При смешанном варианте большое место занимает тревога, тоска, моторная заторможенность, собственная неполноценность с жалостью к себе, невозможность выполнять какую-либо работу.

АПАТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

- В клинической картине на первом плане затруднения при выполнении умственных или физических нагрузок из-за отсутствия желания и стремления к деятельности, снижение уровня побуждений и психической активности.
- Редко возникает тревога в виде «внутреннего беспокойства» и напряжения.

ДИСФОРИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

- На фоне сниженного настроения возникает дисфория.
- Источником раздражения могут внезапно становиться предметы и ситуации, не привлекавшие ранее внимания больного.
- В поведении больных может быть различным: у одних могут преобладать агрессия и угрозы по отношению к окружающим, разрушительные тенденции; у других – стремление к уединению, связанное с гиперстезией и «ненавистью ко всему миру»; у третьих – стремление к активной деятельности, часто нецеленаправленной и нелепой.

СЕНЕСТО-ИПОХОНДРИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

- Основными являются жалобы на неприятные, тягостные ощущения в различных частях тела, порой вычурного, причудливого характера.
- Больные сосредоточены на чувстве соматического неблагополучия и высказывают тревожные опасения в отношении своего здоровья.
- Собственно аффективные расстройства отступают на второй план.

ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНАЯ БРЕДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ

- Определяется развитием в структуре депрессии бреда, галлюцинаций, признаков психических автоматизмов без помрачнения сознания.
- При развитии чувственного бреда характерен синдром инсценировки – изменение восприятия окружающего мира с уверенностью в том, что разыгрывается спектакль с содержанием поступков больного в прошлом, сцены изгнания из общества, суда, казни.
- Отмечаются идеи преследования, осуждения, обилие ложных узнаваний.
- Возможно развитие антагонистического бреда с убежденностью больного в том, что в мире ведется борьба между противниками и сторонниками больного, сам больной считает себя величайшим преступником.

ДЕПРЕССИЯ С КАТАТОНИЕЙ

- Состояние чувственного бреда сопровождается той или иной степенью выраженности кататонических расстройств.
- В одних случаях депрессия протекает с развернутыми онейроидно-кататоническими состояниями.
- В других речь идет лишь эпизод кататонических расстройств, возникающий на высоте чувственного бреда.

МАСКИРОВАННЫЕ ДЕПРЕССИИ

- **В форме психопатологических расстройств:** тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных, ипохондрических, неврастенических.
- **В форме нарушения биологического ритма:** бессонница, гиперсомния.
- **В форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств:** синдром вегетососудистой дистонии, головокружение, нейродермит, анорексия, импотенция, нарушения менструального цикла.
- **В форме алгий:** головные боли, кардиалгии, боли в животе, фибромиалгии, невралгии, псевдоревматические арталгии.
- **В форме патохарактерологических расстройств:** расстройства влечений (наркомания, токсикомания), антисоциального поведения (конфликтность, вспышки агрессии), истерических реакций (обидчивость, плаксивость, склонность к драматизации ситуации, стремление привлечь внимание к своим недомоганиям, принятие роли больного).

ЦИКЛОТИМИЯ

- Рубрика F34.0
- Смягчённая, лёгкая форма маниакально-депрессивного психоза. В зарубежной психиатрии циклотимией называется также вариант психической нормы - т. н. «циклотимическую конституцию», которая предрасполагает к развитию маниакально-депрессивного психоза.
- Выраженные колебания настроения от гипомании к депрессии, которые нерегулярны и внезапны с социопатическим поведением (алкоголизация, конфликтность, раздражительность).
- Длительность фаз от 2-6 дней.

ДИСТИМИЯ

- Рубрика F 34.1
- Хроническая затяжная, протекающая не менее 2-х лет депрессия с преобладанием соматовегетативных и патохарактерологических симптомокомплексов.
- В клинической картине полиморфная симптоматика с наличием меланхолических, деперсонализационных и ипохондрических расстройств; возможно сочетание с тревожными и невротическими состояниями; с дисфорическими проявлениями.

СЕЗОННОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (САР)

САР – депрессии, манифестирующие в определенное время года и характеризующееся рекуррентным фазным течением; оно развивается в осенне-зимний период или во второй половине зимы – «зимняя депрессия».

Проявления САР наблюдаются при рекуррентной депрессии и при биполярном расстройстве с преобладанием депрессивных фаз.

КОНЦЕПЦИЯ СТРУКТУРЫ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА

(по Смулевичу А.Б.)

- ***ПОЗИТИВНАЯ
АФФЕКТИВНОСТЬ***

- Тоска
- Тревога
- Интеллектуальное и двигательное торможение
- Патологический циркадный ритм
- Идеи малоценности, греховности, ущерба
- Суицидальные мысли
- Ипохондрические идеи

- ***НЕГАТИВНАЯ
АФФЕКТИВНОСТЬ***

- Болезненное бесчувствие (anaesthesia psychica dolorosa)
- Явления моральной анестезии
- Депрессивная девитализация
- Апатия
- Дисфория
- Ангедония

Хроническая депрессия: предикторы формирования

Предшествующие депрессии

Риск рецидива у перенесших



Резидуальная симптоматика в межприступном периоде

Начало депрессивной болезни в детском/подростковом/инволюционном возрасте

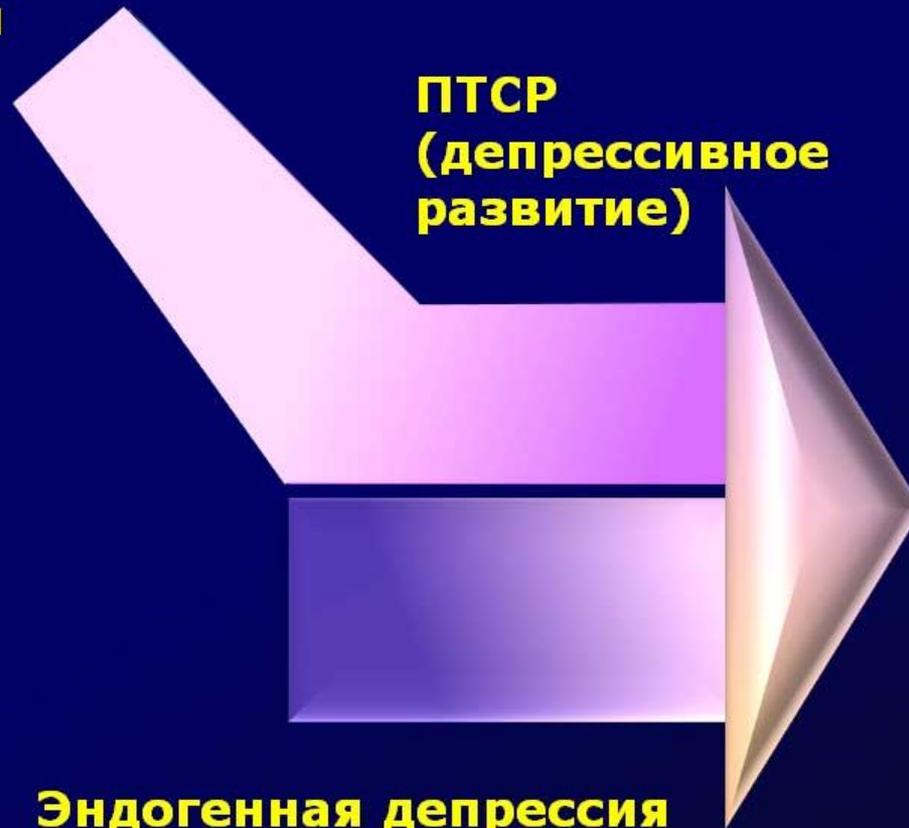
«Истоки» хронической депрессии

Психогенная
депрессия

ПТСР
(депрессивное
развитие)

Хроническая
депрессия

Эндогенная депрессия
Двойная депрессия
Дистимия



КОМОРБИДНЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Это одновременное наличие у больного не менее двух расстройств, каждое из которых может считаться самостоятельным и диагностироваться независимо от другого.

Тревожно-депрессивные состояния (более глубокая и тяжелая симптоматика, затяжное и хроническое течение, плохой прогноз, высокий риск суицидов, плохой эффект терапии).

При депрессии частота тревожной симптоматики – 96%, частота ажитации – 61-72%; при тревожных состояниях частота депрессии – 83%.

(M.Hamilton, 1988)

АФФЕКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

1. Маниакально-депрессивный психоз (МДП)
2. Атипичные аффективные психозы
3. Шизоаффективные психозы
4. Органические аффективные психозы

МАНИАКАЛЬНО- ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ (F 31)

- Заболевание, характеризующееся сменой депрессивных и маниакальных фаз; с монофазным и биполярным типами течения.
- Диагноз выставляется с 16-17 лет.
- Пациенты с биполярным психозом четверть своей жизни серьезно подвержены заболеванию; они часто совершают суицидальные поступки.
- Без медицинского лечения смертность среди них в 2 или 3 раза выше по сравнению с обычным уровнем (Gelenberg och Norcins, 1993).
- Дифференциальная диагностика с шизофренией, органическими заболеваниями головного мозга (опухоли, инфекции).

Возраст, в котором пациенты начинают испытывать значительные проблемы как следствие биполярного расстройства



Различия между определениями в МКБ-10 и DSM-IV

МКБ-10

- Биполярное расстройство I типа характеризуется наличием, по крайней мере, 2 аффективных эпизодов, 1 из которых является маниакальным (или гипоманиакальным)

DSM-IV

- Биполярное расстройство характеризуется развитием, по крайней мере, 1 маниакального или смешанного маниакального эпизода и в большинстве случаев эпизодами большой депрессии

Биполярное расстройство в DSM-IV

Биполярное расстройство I типа	По крайней мере, 1 маниакальный или смешанный эпизод Большие депрессивные эпизоды характерны, но не обязательны
Биполярное расстройство II типа	По крайней мере, 1 гипоманиакальный эпизод (длительностью ≥ 4 дня) и, по крайней мере, 1 большой депрессивный эпизод Отсутствие маниакальных эпизодов
Циклотимия	Длительные (>2 лет) депрессивные и гипоманиакальные эпизоды Отсутствие больших депрессивных или маниакальных эпизодов
Биполярное расстройство, неуточненное	Рекуррентные или спорадические короткие эпизоды гипомании ($>$ несколько часов, но <4 дней) Лекарственно индуцированная гипомания Гипомания вследствие употребления психоактивных веществ Рекуррентная депрессия (\pm мания/гипомания в семейном анамнезе)

Клинические различия между биполярным расстройством I и II типа

Клиническая характеристика	Биполярное расстройство I типа	Биполярное расстройство II типа
Симптомы	Более тяжелые симптомы Госпитализация в связи с маниакальным состоянием	Менее тяжелые острые симптомы Меньше психотических симптомов Депрессивные симптомы, как правило, преобладают
Клиническое течение	Маниакальный или смешанный эпизоды и, обычно, депрессивный эпизод	Гипомания и депрессивные эпизоды
Коморбидность	Больше коморбидных расстройств, чем в общей популяции	Больше коморбидных расстройств, чем в общей популяции
Смена эпизодов	Может быть менее частой в сравнении с биполярным расстройством II типа	Может быть более частой в сравнении с биполярным расстройством I типа

Judd LL, et al. Arch Gen Psychiatry 2005;62:1322-1330

Vieta E, et al. Compr Psychiatry 1997;38:98-101

Kahn D, et al. Postgrad Med 2000 Apr; Spec No: 97-104

Гипомания (DSM-IV)

- Повышенное, экспансивное или раздражительное настроение
- По крайней мере, 3 дополнительных маниакальных симптома
- Длительность, по крайней мере, в течение 4 дней
- Заметные окружающим изменения
- Отсутствие госпитализации и психотических симптомов
- Менее выраженные изменения в социальном или профессиональном функционировании в сравнении с манией
- Не связана с непосредственным влиянием психоактивного вещества или общего соматического состояния



«Позитивные» стороны гипомании

- **Меньшая потребность во сне**
- **Больше энергичности**
- **Большая уверенность в себе**
- **Повышение мотивации к работе**
- **Более высокая социальная активность**
- **Более высокая физическая активность**
- **Больше планов, идей**
- **Менее выражены застенчивость, закомплексованность**
- **Большая, чем обычно, разговорчивость**
- **Крайне веселое настроение, повышенная оптимистичность**
- **Легкие шутки, смех**
- **Быстрое мышление**

«Негативные» стороны ГИПОМАНИИ



- Большое число разъездов, безрассудное вождение
- Повышенные траты и/или покупки
- Безрассудные денежные вложения
- Высокая раздражительность, нетерпеливость
- Легкая отвлекаемость
- Повышение сексуального интереса
- Повышенное употребление кофе, сигарет
- Повышенное употребление алкоголя, психоактивных веществ

Опросник аффективных нарушений

- Были ли когда-либо такие периоды, когда Вы чувствовали себя не так как обычно:
 - Вы чувствовали себя так хорошо или были так активны, что другие лица считали Вас необычными, или Вы были столь активны, что могли попасть в проблемную ситуацию?
 - Вы были столь раздражительны, что могли накричать на других людей, начать драку или спор?
 - Вы чувствовали себя более самоуверенным, чем обычно?
 - Вы спали меньше времени, чем обычно и не ощущали недостатка во сне?
 - Вы были более многоречивы или говорили быстрее, чем обычно?
 - У Вас очень быстро формировались мысли и Вы не могли сделать так, чтоб мышление было медленнее?

АТИПИЧНЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

- Кодируются частью рубрик МДП.
- Протекают фазно, как МДП.
- *Клиническая картина определяется субпсихотическими маниакальными и депрессивными состояниями.*
- Адинамические депрессии сменяются мориоподобными маниями, с последующим возникновением ларвированного депрессивного состояния.

ШИЗОАФФЕКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

Рубрика F 25.

В клинической картине к депрессивному или маниакальному состоянию присоединяются отдельные галлюцинаторные, бредовые или иные психопродуктивные расстройства, чаще встречающиеся при шизофрении:

- Структурные нарушения мышления (символическое, паралогическое, резонерское).
- Шизоаффективные психозы являются промежуточным звеном между шизофренией и МДП и может рассматриваться как рабочий диагноз.
- Шизоаффективные психозы относят к группе шизофренических расстройств.

ОРГАНИЧЕСКОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Органическое аффективное расстройство – это аффективное феноменологически сходное с эндогенной депрессией, возникающее под воздействием внешних факторов экзогенно-органического генеза (А.Марнерос,2004)

F 06.3 ОРГАНИЧЕСКОЕ АФФЕКТИВНОЕ
РАССТРОЙСТВО

F 06.81 ПСИХОТИЧЕСКОЕ ОРГАНИЧЕСКОЕ
РАССТРОЙСТВО

ДИАГНОСТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

I. Анамнестические сведения:

- отягощенная наследственность по аффективной патологии;
- суицидальное поведение среди ближайших родственников

II. Наблюдение и опрос больного

III. Психологические методы диагностики:

- шкала Бекка;
- шкала Гамильтон;
- шкала Монтгомери-Асберг

ДЕПРЕССИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ)

В детском возрасте распространенность депрессивных расстройств составляет от **0,5** до **2,5%**.

У подростков частота их выше от **2-8 %**.

Соотношение мальчиков и девочек составляет **1:1** в детстве и **1:2** у подростков.

Отмечаются признаки роста депрессии и ее наступления в более раннем возрасте.

(Harrington, 1994)

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Отсутствие завершенной синдромальной психопатологической клинической картины.
- Субдепрессивная симптоматика проявляется в виде соматовегетативных дисфункций (боли в животе, приступы удушья, головокружение, сухость слизистых, тахикардия, мириаза, спастические запоры).
- Поведенческие нарушения.
- *У мальчиков* в клинической картине чаще присутствуют дисфорический компонент, они более агрессивны, склонны к протестным реакциям. *У девочек* преобладает грусть, они заторможены, пассивны, у них может отмечаться элективный мутизм. (Эйдемиллер Э.Г. Детская психиатрия, 2005)

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Депрессия связана с изоляцией от матери (**анаклитическая депрессия**).

Изменение эмоционального тонуса в виде печальной внешности ребенка, психомоторной заторможенности, безучастности, склонности к психосоматическим заболеваниям (экзема, нейродермит).

«Маскирование» дефицитарности эмоций патологическими привычными действиями.

Капризность и плаксивость, снижение аппетита, склонность к страхам.

Расстройства сна и аппетита.

Регрессивные расстройства (отсутствует прибавка роста и массы тела, аутоагрессия, ходьба на цыпочках, манежный бег, равнодушие к игрушкам).

Дифференциальная диагностика с расстройствами аутистического спектра и умственной отсталостью.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

- В клинической картине на первый план выступают признаки депрессии: тихий голос, печальное выражение лица, скупая мимика, повышенная слезливость и плаксивость по малейшему поводу, повышенная чувствительность и жалостливость.
- «Вектор вины» у детей направлен во вне – недовольство родителями, высказывания массы претензий и упреков, сомнения в любви родителей.
- Замечание или недовольство родителей провоцирует приступы двигательного беспокойства, плач, угрозы вплоть до демонстративных суицидальных попыток.
- Может быть и пассивная подчиняемость, исключительная примерность в поведении, возврат к старым игрушкам.
- Характерными признаками также являются: усталость, грустный вид, отсутствие удовольствия от игр и забав, возврат к старым игрушкам, видение мира в мрачных тонах.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

- Одним из ранних признаков депрессии является школьная дезадаптация, проявляясь когнитивной несостоятельностью с пессимистической оценкой своей деятельности – «все равно будет двойка», «не умею учиться», «силюсь понять и не понимаю».
- Дети жалуются на то, что им скучно, «ничего не интересно», «все невыносимо», «хочется плакать».
- Дети становятся медлительными, неловкими, вялыми, угрюмыми.
- Характерны соматические и поведенческие «маски» депрессии: боли в животе, в области сердца, диспноэ; появляются трудности в общении, отказ от привычных занятий и увлечений.
- Варианты коморбидных депрессивных состояний: астено-депрессивный, истеро-депрессивный, ипохондрически-депрессивный, соматизированный, дисфорический, депрессии с навязчивостями.
- Появляются мысли о кончине, выбираются книги, музыка, игры с фабулой смерти.
- Рубрика по МКБ – 10: **F 92.0** Депрессивное расстройство поведения.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ

- Депрессия у подростков приобретает черты, характерные для взрослых, но имеет свои особенности.
- Характерен делинквентный вариант депрессии.
- Проявлениями депрессии может быть внезапный «крах» в учебе, нежелание что-либо делать, тотальный негативизм и необъяснимая лень, взвинченность, нетерпимость, агрессивность.
- Присоединяются идеи собственной никчемности и ущербности, явления дисморфофобии – подросток считает себя «уродливым, безобразным, нелепым».

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ (по А.Е. Личко)

1. Меланхолическая
2. Делинквентная
3. Ипохондрическая
4. Астеноапатическая

МЕЛАНХОЛИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

В клинической картине преобладают:

- ГИПОТИМИЯ
- рече-двигательная заторможенность
- замедленное мышление
- ВИТАЛЬНАЯ ТОСКА
- суицидальные мысли и намерения

ДЕЛИНКВЕНТНЫЙ ВАРИАНТ ДЕПРЕССИИ

В клинической картине присутствуют:

- сниженное настроение;
- негативизм, конфликтность, грубость;
- участие в асоциальных компаниях;
- наркологические эпизоды, ранние сексуальные контакты.

Но «на всех проступках лежит печать отчаяния, без настоящего удовольствия от похождения»
(Личко А.Е.).

ИПОХОНДРИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

Чаще возникает у подростков с невысоким интеллектом и протекает со:

- сниженным настроением и активностью;
- ухудшением успеваемости и замедленностью мышления;
- фиксированным вниманием на плохом самочувствии с агравацией соматической симптоматики и массой полиморфных жалоб.

АСТЕНОПАТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

В клинической картине на первом месте:

- повышенная утомляемость, снижение произвольной активности и деятельности на фоне гипотимии;
- в поведении малообщительность, бездеятельность со скукой;
- идеи угрызения совести и самобичевания.

Также в подростковом возрасте встречаются *депрессивные состояния*, в клинической картине которого значительное место занимает *симптом анорексии*.

Подросток имеет представление о собственной малоценности, а не желание похудеть.

Анорексия в рамках депрессии – это рудиментарные идеи самоуничижения («не достоин, чтобы меня кормили») и скрытые суицидальные попытки.

РЕАКТИВНЫЕ ДЕПРЕССИИ

*Особенности клинической картины
закljučаются в следующем:*

- ухудшение настроения во второй половине дня;
- тревожные переживания конкретные и типичные для подросткового возраста: по поводу своей внешности, сексуальности, будущего, отношений с родителями.

АЖИТИРОВАННАЯ ДЕПРЕССИЯ

В клинической картине преобладают двигательные нарушения: расторможенность, суетливость без целенаправленного характера; нередко может возникать меланхолический раптус (лат. raptus – захватывание, резкое движение) - внезапное резкое возбуждение, вызванное аффектом страха и тоски ; импульсивные действия, нередко агрессивного и аутоагрессивного характера; высокий риск суицидальных намерений.

Могут быть соматовегетативные нарушения (боли в животе, тошнота, рвота, диспепсические явления, повышение температуры).

Могут встречаться в рамках циклотимии или шизофрении (Иовчук Н.М.,1999).

АПАТОАБУЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Представляет собой исход шизофрении.

Нарастает безразличие к людям, событиям, будущему, играм, развлечениям.

Утрата прежних привязанностей, снижение сенсорной жажды.

Нежелание действовать и вообще двигаться.

Подростки перестают следить за собой, становятся неряшливыми, нечистоплотными.

Развитие гипофобии – отсутствие страха в опасной ситуации.

ЭНДОГЕННЫЕ ДЕПРЕССИИ

Чаще отмечаются в структуре шизоаффективного психоза, шизофрении, маниакально-депрессивного психоза.

При шизофрении часто возникает *унлюст-депрессия* (нем. unlust - безрадостный): основной эмоциональный фон – *дисфория* с недовольством собой, враждебностью к окружающим, жестокостью и агрессивностью; патологическими садистическими фантазиями с редким участием в асоциальных агрессивных группировках; с нарастанием аутизации, уменьшением коммуникаций со сверстниками.
(Эйдемиллер Э.Г. Детская психиатрия. 2005)

ЭКЗОГЕННЫЕ ДЕПРЕССИИ

Связаны с химической зависимостью, хронической интоксикацией (успокаивающие средства, средства против бессоницы, стимуляторы нервной системы, наркотические вещества), абстинентным синдромом.

Включают в себя тревогу, дисфорию, субдепрессивные и депрессивные переживания, нередко ажитацию.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЧЕСКОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ

Во многом вопрос о происхождении *ОАР* остается открытым: является ли такое нарушение «истинно органическим» или речь идет об эндогенном психозе, спровоцированном той или иной экзогенной органической вредностью (психоз на «измененной почве»).
(Эйдемиллер Э.Г. Детская психиатрия, 2005)

В клинической картине отмечаются маниакальные состояния; мании с элементами идей воздействия и преследования (параноидальная мания); гневливая мания; депрессивные состояния по типу астенических, адинамических и ипохондрических депрессий; депрессивно-нейроидные состояния.

Психозы отмечаются у подростков, которым был поставлен диагноз спектра аутизма и у которых были нарушения функции мозга (эпилепсия, опухоль, инфекции). Психотическими симптомами могут сопровождаться нейродегенеративные заболевания (хорея Гентингтона, лейкодистрофия).

(Гиллберг и Хеллгрен. Психиатрия детского и подросткового возраста. 2004)

ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

1. Наблюдение за поведением и игрой ребенка
2. Проективные методики
3. Информация от родителей, учителей
4. Тест Векслера, матрицы Равена (определение интеллектуальных, речевых и практических способностей)
5. Тест Люшера
6. Психологические методики:
 - тесты ТАТ и ДАТ (толкования картинок с животными и с семейными ситуациями);
 - шкала депрессии Бекка;
 - шкала тревожности Яхина-Менделевича;
 - шкала Гамильтон;
 - шкала Монтгомери-Асберг

Антидепрессивная терапия: основные цели

Достижение полной
ремиссии
(интермиссии)

Снижение риска
рецидивов



Преодоление
резистентности

Поиск и
внедрение новых
антидепрессантов

Из истории антидепрессантов...

- В 1957 г. – противотуберкулезный препарат **ипрониазид**, вызывавший эйфоризирующее действие стал родоначальником новой психотропной группы лекарственных средств – антидепрессантов и позже был отнесен к классу ИМАО
- **ТЦА (классические)**
Были разработаны в 50-х гг. XX века. Антидепрессивные свойства **имипрамина** были обнаружены случайно, при изучении его антигистаминного эффекта при лечении больных с кожными аллергическими реакциями
- Первый представитель класса СИЗС– **флуоксетин** (США), 1987 г. Данный препарат принимали 30 млн. человек. В Европе – первым был препарат **флувоксамин**

Препараты первого ряда

- Минимальная выраженность побочных эффектов
- Минимальная выраженность нежелательных взаимодействий
- Простота использования
- Безопасность при передозировке

Препараты второго ряда

- Предназначены для применения в специализированных психиатрических мед. учреждениях
- С выраженным психотропным эффектом, сопровождаемым риском побочного действия (нейротропного и соматотропного)
- Неблагоприятными последствиями взаимодействия с соматотропными препаратами

Антидепрессанты первого ряда

СИОЗС: флуоксетин
сертралин
пароксетин
флувоксамин
тразодон
циталопрам

СБОЗН: мапротилин

БЦА: миансерин

Антидепрессанты второго ряда

ТЦА: amitriptilin
имипрамин
дезипрамин
доксепин
кломипрамин

ИМАО: ниаламид

ПРИНЦИПЫ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕПРЕССИЕЙ

- Осмотр психиатром и возможность госпитализации с последующим амбулаторным наблюдением после выписки.
- Терапевтический ответ на антидепрессивную терапию измеряется на основе шкал депрессии Монтгомери-Асберг или Гамильтон и включает 50% улучшение симптоматики.
- Полным выздоровление считается возврат социального и трудового функционирования без депрессивной симптоматики.
- При выборе антидепрессанта должна учитываться доказанная эффективность и приниматься во внимание предыдущий опыт применения АД. Купирующее (острое) лечение 4-6 нед. или 6-8 нед., пожилых пациентов до 12 нед.
- Продолжительность лечения АД после медицинского вмешательства при остром эпизоде составляет от 4-6 мес., при учащении кол-ва эпизодов до 2-3 лет.

(Обзор доказательных данных Рабочей группы исследователей (Москва, 2008))

Алгоритм психофармакотерапии депрессии

Этап	Тип и длительность	Цель
1	Купирующая (> 4 нед.)	Достижение ремиссии
2	Стабилизирующая/ поддерживающая (> 6 мес.)	Поддержание длительной ремиссии
3	Превентивная (> 12 мес. - ∞)	Предотвращение обострений и рецидивов

- Длительная терапия АД снижает частоту рецидивов на 65-79% vs. 15-45% эффекта плацебо; за 3 года риск рецидива снижается в 2,3 – 3 раза
- Присоединение к АД нормотимиков повышает эффективность терапии на 90%

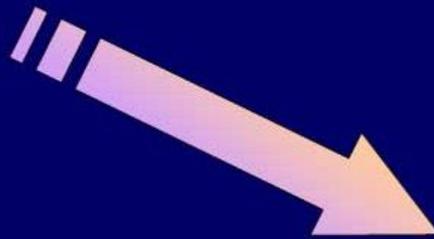
*Костюкова Е.Г. с соавт., 1998; Lehman A. F. , 2002;
Geddes J.R. et al, 2003;*

Принципы терапии: соотношение «риск-польза» при выборе антидепрессантов

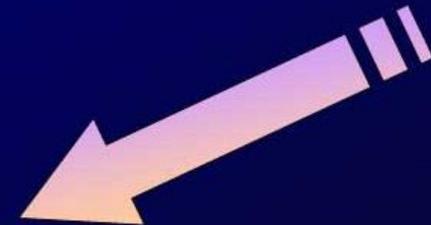
Д
Е
П
Р
Е
С
С
И
Я

ПСИХОТИЧЕСКИЙ
УРОВЕНЬ

НЕПСИХОТИЧЕСКИЙ
УРОВЕНЬ



Традиционные
АД



АД современных
поколений

Оправданность риска

Приоритет безопасности

РАСПРОСТРАНЕННЫЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ (на основе обзора доказательных данных (Москва, 2008))

Фармакологическая группа	Генерическое название	Стартовая доза	Рекомендуемая терапевтическая доза
СИОЗС	Циталопрам	20 мг	20 - 60 мг
	Эсциталопрам	5-10 мг	10 - 20 мг
СИОЗС	Флуоксетин	20 мг	20 - 80 мг
СИОЗС	Флувоксамин	50-100 мг	150 - 300 мг
СИОЗС	Пароксетин	20 мг	20 - 60 мг
СИОЗС	Сертралин	50 мг	50 - 200 мг

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И РАЗЛИЧИЯ В ГРУППЕ СИОЗС

Генерическое название	Клинические признаки
Циталопрам (Ципрамил)	Лучшая переносимость у пожилых
Эсциталопрам (Ципралекс)	Эффект при тревожной депрессии и коморбидных тревожных расстройствах
Флуоксетин (Прозак)	Эффект при атипичной депрессии, у пациентов со слабостью и апатией
Флувоксамин (Феварин)	Эффект при тревожной депрессии и коморбидных тревожных расстройствах и при психотической депрессии
Пароксетин (Паксил)	Эффект при тревожной депрессии и коморбидных тревожных расстройствах
Сертралин (Золофт)	Эффект при атипичной депрессии

РАСПРОСТРАНЕННЫЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ (продолжение)

ИОЗСН	Венлафаксин	75 мг	375 мг
ИОЗСН	Дулоксетин	40-60 мг	60 – 120 мг
ИОЗСН	Милнаципран	100 мг	100 -200 мг
ИОЗН	Ребоксетин	4 мг	8 - 12 мг
ИОЗН	Вилоксазин	100 мг	200 – 500 мг
НаССА	Миртразапин	15 мг	30 - 45 мг
МТ	Агомелатин (Вальдоксан)	25 мг	25 - 50 мг

ВАЛЬДОКСАН (АГОМЕЛАТИН)

- Хронобиотик, который воздействует на циркадианный ритм
- Повышает уровень мелатонина – гормона ночи, вырабатываемого из серотонина
- Дозировка 25 мг в сутки до 50 мг, можно повышать дозу на 1-й неделе
- Эффективность вальдоксана уже на 1-й недели применения при лечении депрессии, при курсе лечения 6 недель
- Вальдоксан показан при биполярном расстройстве в комбинации с литием и вальпроатами
- Эффективен при САР в дозе 25 мг со 2-й недели применения

(Мосолов С.Н., Иванов С.В., 2009)

Антидепрессивный эффект Вальдоксана

- ▶ Рецепторы всех трех типов представлены в большом количестве в супрахиазматическом ядре ^{1,2,3}
- ▶ Рецепторы всех трех типов участвуют в регуляции циркадианных ритмов ^{4,5,6}
- ▶ Стимуляция мелатонинергических рецепторов благоприятно влияет на сон, а антагонизм к 5-НТ_{2c} рецепторам поддерживает медленноволновый сон ^{7,8}
- ▶ Антагонизм к 5-НТ_{2c} рецепторам обеспечивает антидепрессивные свойства, которые в сочетании с мелатонинергическим действием определяют мощный антидепрессивный эффект

(1) Boess и Martin, 1994; (2) Moyer и Kennaway, 1999; (3) Dubocovich et al., 1996;

(4) Kennawy и Moyer, 1998; (5) Varcoe et al., 2003;

(6) Barret et al., 2003 minireview; (7) Dugovic и Wauquier, 1987;

(8) Dugovic et al., 1989

Эффекты Вальдоксана

Результаты объективных и субъективных измерений сна свидетельствуют, что у больных депрессией Вальдоксан с самого начала терапии:

- ▶ **улучшает качество и непрерывность сна**
- ▶ **восстанавливает нарушенные ритмы сон-бодрствование**
- ▶ **улучшает состояние дневного бодрствования**

РАСПРОСТРАНЕННЫЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ (продолжение)

ОИМАО	Моклобемид	150 – 300 мг	300 – 600 мг
ИМАО	Пирлиндол	50 – 75 мг	150 – 300 мг
ИМАО	Фенелзин	15 мг	30 – 90 мг
ИМАО	Изокарбоксид	20 мг	20 – 60 мг
СМА (сератониномодулирующий)	Тразодон	50 – 100 мг	200 – 600 мг
ИОЗДН	Бупропион	100 мг	200 – 300 мг
ДА (антогинист дофамина)	Тримипрамин	25 – 50 мг	150 – 400 мг
ГМА (глутаматергический модулятор)	Тианептин (Коаксил)	12, 5 мг	25 – 37,5 мг

ТРИТИКО (ТРАЗОДОН)

- * Тразодон был открыт в научно-исследовательском институте фирмы Анжелини в 1966 г. в рамках финансируемой научной программы, связанной с поиском новых антидепрессантов, отличающихся от традиционных как по механизму действия, так и по степени выраженности побочных эффектов.
- * Антидепрессант с двойным механизмом действия.
- * Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина с дополнительным сродством к рецепторам 5HT₂ (SARI).
- * Физиологические и патофизиологические процессы, в которые вовлечены эти рецепторы: сон, аппетит, депрессивные и тревожные состояния.

**Антагонизм к серотонину и торможение его
повторного/возобновляющегося захвата – две
составляющие антидепрессивного действия
тразодона**

Блокирование 5 HT_{2A}



**Отсутствие снижения
уровня активности
рецепторов 5HT_{1A}**



АНТИДЕПРЕССИВНЫЙ ЭФФЕКТ

**Торможение
повторного/возобновляющегося
захвата серотонина (5HT)**

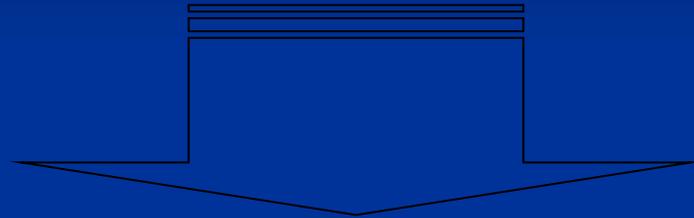


**Повышение уровня
серотонина**



АНТИДЕПРЕССИВНЫЙ ЭФФЕКТ

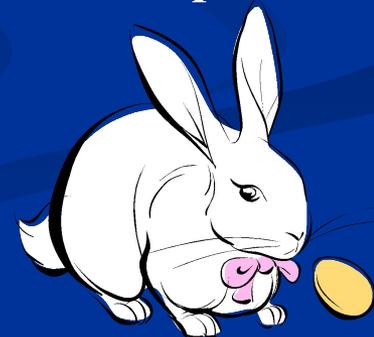
Тразодон
имеет низкое сродство
к мускариновым рецепторам,
в 150 - 800 раз ниже, чем у ТЦА



**Минимальные
антихолинергические побочные
эффекты препарата**
(сухость во рту, помутнение зрения, нарушения стула,
задержка мочеиспускания)

Дозирование Триттико

- Дозировка препарата зависит от вида заболевания и тяжести симптомов
- Эффективными признаны следующие дозировки препарата: 150-300 мг в сутки
- Начальная лечебная доза должна быть низкой: 50-100 мг в сутки с постепенным последующим повышением
- Если достигнут желаемый результат – доза осторожно снижается до поддерживающей дозы
- Дозы тразодона в 150-300 мг в сутки хорошо переносятся пожилыми пациентами, но они часто обращаются с просьбой о снижении дозы от 50 до 150 мг в сутки.
- Таблетки принимаются через 2- 4 часа после еды или за 30 мин. до еды не разжевываются, запиваются небольшим количеством жидкости
- Суточная доза принимается как одноразовая вечером или в 2 приема отдельно
- Большая часть дозы принимается вечером
- Лечение депрессий продолжается не менее полугода



Дозирование Триттико

Дни	Доза		Ожидаемый эффект
1 - 3	50 мг перед сном (= 1/3 таблетки)		Улучшение качества сна
4 - 6	100 мг перед сном (= 2/3 таблетки)		Анксиолитический
7 - 14	150 мг перед сном (= 1 таблетке)		Антидепрессивный
с 15	сохранение дозы в 150 мг либо повышение до 300 мг (=2 таблеткам)		Антидепрессивный

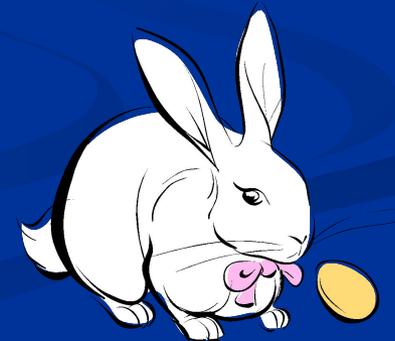
Дозирование Триттико

в зависимости от патологии

Расстройство сна	от 50 до 150 мг однократно (вечером)
Тревога	от 50 до 150 мг однократно (вечером)
Легкая депрессия	от 50 до 150 мг однократно (вечером)
Депрессия у пожилых	от 50 до 150 мг однократно (вечером)
Депрессия у молодых	от 50 до 75 мг однократно (вечером)
Депрессия средней тяжести	от 200 до 300 мг в 2 приема (утро/веч.)
Тяжелая депрессия	450 мг в 2 приема (утро/вечер)
Сексуальная дисфункция	От 150 до 200 мг в один прием (вечер)
Тяжелая депрессия у госпитальных пациентов	600 мг в 2 приема (утро/вечер)

Важно!!!

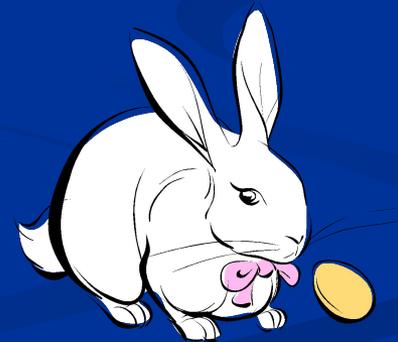
- Дозировка Триттико от 75 до 150 мг дается однократно 1 раз в день – вечером
- Дозировка Триттико от 200 до 600 мг делится на 2 приема – утром и вечером



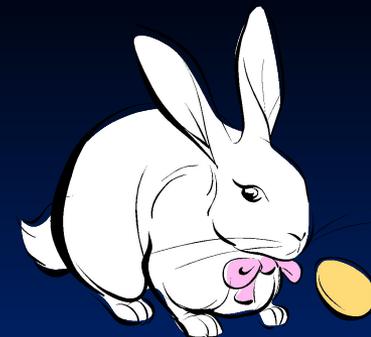
Противопоказания

(из Инструкции по применению, май 2004, РФ)

- **Повышенная чувствительность к препарату**
- **Период беременности и лактации**
- **Возраст до 6 лет**



Форма выпуска



- Таблетки по 150 мг с контролируемым высвобождением, овальные, с двумя вертикальными параллельными рисками на обеих сторонах
- В упаковке 20 таблеток (2 блистера по 10 таблеток каждый)

Таблетка



50 мг | 50 мг | 50 мг

150 мг

РАСПРОСТРАНЕННЫЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ (продолжение)

ТЦА	Кломипрамин	25 – 50 мг	100 – 250 мг
ТЦА	Амитриптилин	25 – 75 мг	150 – 300 мг
ТЦА	Доксепин	25 – 75 мг	150 – 300 мг
ТЦА	Имипрамин	25 – 75 мг	150 – 300 мг
ТЦА	Дезипрамин	25 – 75 мг	100 – 300 мг
ТЦА	Лофепрамин	70 мг	140 – 210 мг
ТетраЦА	Миансерин	30 мг	60 – 120 мг
ТетраЦА	Амоксапин	50 мг	100 – 400 мг
ТетраЦА	Мапротилин	25 – 75 мг	150 – 225 мг

КЛАССИФИКАЦИЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ЭФФЕКТУ (МосоловС.Н.,2008)

СЕДАТИВНЫЕ АД	СТИМУЛИРУ ЮЩИЕ АД	СБАЛАНСИРО ВАННОГО СПЕКТРА АД
Амитриптилин	Имипрамин	Мапротилин
Миртазапин	Моклобемид и др. ИМАО	Кломипрамин
Миансерин	Ребоксетин	Пароксетин
Флувоксамин	Флуоксетин	Сертралин
	Милнаципран	Эсциталопрам
		Тианептин
		Венлафаксин
		Пирлиндол

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ	СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ
Легкие или умеренные униполярные депрессии	Лечение опробированными АД; фитотерапия (экстракт зверобоя)
Тяжелые униполярные депрессии	АД двойного действия (ТЦА, ИОЗСН, НаССА); ЭСТ
Депрессии с психотическими симптомами	Комбинация АД (ТЦА, ТетраЦА (амоксапин) и антипсихотиками; препараты лития, ЭСТ; поддерживающая монотерапия СИОЗС

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ (продолжение)

<p>Депрессия с кататоническими признаками</p>	<p>Комбинация седативных АД с бензодиазепинами при ажитации; Активирующие АД (СИОЗС, ИОЗН) при торможении; ЭСТ</p>
<p>Биполярные депрессии</p>	<p>АД группы СИОЗС, ИМАО; комбинация АД с тимостабилизаторами (ламотриджин до 200 мг в сут. на 2 приема)</p>
<p>Фармакотерапевт. резистентность депрессии</p>	<p>Два курса терапии АД различных групп и длительность проведения; потенцирование препаратами лития; бензодиазепины (лоразепам или алпрозолам); ЭСТ</p>

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕАДЕКВАТНЫМ ОТВЕТОМ НА ТЕРАПИЮ АНТИДЕПРЕССАНТОМ

- Уточнение диагноза, исключение коморбидных соматических или психических заболеваний. Пересмотр дозы.
- Терапия первым антидепрессантом увеличенной дозой до 4 недель.
- При неполном ответе смена на АД из другого фармакологического класса или с двойным действием.
- При отсутствии улучшения добавить АД из другого фармакологического класса или применить аугментатор из «неантидепрессантов» (например литий).
- Примеры комбинации АД: СИОЗС и СИОЗСН; НаССА и СИОЗС; СИОЗС и ТетраЦА (флуоксетин+миансерин); НаССА и СИОЗСН (миртразапин+венлафаксин) в меньших дозировках; ТЦА в средних дозах + ЭСТ.
- Потенцирование препаратами лития; нормотимиками (вальпроатами, карбамазепином, ламотриджином); антипсихотиком (сульпиридом) и атипичными антипсихотиками (оланзапин, рисперидон, зипрасидон, арипипразол). Примеры комбинаций: оланзапин+флуоксетин; цитолапрам+рисперидон до 2 мг/сут.

Преодоление резистентности к терапии

Этап 1



→ Ремиссия

Этап 2



→ Ремиссия

Этап 3



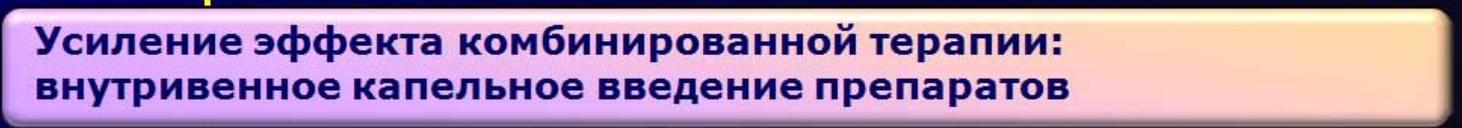
→ Ремиссия

Этап 4



→ Ремиссия

Этап 5



→ Ремиссия

Этап 6



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ (продолжение)

Дистимия	Комбинация АД с психотерапией когнитивно-поведенческой терапией (КПП) и межличностной психотерапией (МЛП)
Сезонные расстройства	Терапия ярким светом
Расстройства адаптации	Психосоциальная терапия с АД

Антидепрессанты: воображаемые свойства - клиническая реальность



Однако...

Психотропных средств, «идеальных» для всех случаев жизни, не существует

Ereschefsky et al., 1996

- Выделить один антидепрессант как оптимальное средство невозможно.
- При лечении больных с депрессией необходим опыт врача в лечении аффективных расстройств, а также собственные наработки в лечении больных.
- Имеет значение фактор личности, как прогностический момент, т.е. может возникнуть второй эпизод или биполярное расстройство.

- 20% больных с депрессией ищут медицинскую помощь
- 53% больным назначают растительные препараты
- 41% больным назначают бензодиазепины (феназепам)
- 10% - антидепрессанты
- при реактивной и невротической депрессии могут оказать «тимоаналептический» эффект транквилизаторы

Клинические предикторы терапевтической резистентности

Постепенное развитие приступа

Большая продолжительность приступа

«Застывание» персистирующей аффективно-бредовой или собственно аффективной симптоматики

Континуальная смена полярных аффективных нарушений с формированием феномена быстрой цикличности

Клинические предикторы терапевтической резистентности

2

Манифестация в детском, пубертатном или в позднем возрасте

Аномальная преморбидная личность

Психические расстройства в анамнезе

Несвоевременное начало терапии

Недостаточный комплаенс

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Название препарата	Возраст	Дозировка
Амитриптилин	с 12 лет	50 – 75 мг в 2-3 приема
Кломипрамин	с 5-12лет с 12 лет	20–50 мг в 2-3 приема 25 – 75 мг в 2-3 приема
Торин (сертралин)	с 6 лет	25-50 мг 1 прием
Флувоксамин	с 8 лет	50 – 100 мг на 2 приема
Эсциталопрам	с 15 лет	10 – 20 мг 1 прием
Милнаципран	с 15 лет	50 – 100 мг в 2 приема

ОСОБЕННОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Решение вопроса о пользе применения АД или психотерапии.
- Если депрессивные симптомы легкие проводится интенсивная психосоциальная терапия и поддержка с наблюдением в течении 6-8 недель.
- Терапия начинается с небольших дозировок с еженедельным в первые 4 недели лечения и раз в 2 недели последующие 4 недели мониторингом; при положительном «ответе» терапия может быть продолжена; «стабилизирующая терапия» - 3-6 месяцев; «поддерживающая» - 1-3 года.
- Если пациент не «отвечает» на терапию необходимо пересмотреть диагноз или попробовать альтернативную медикаментозную терапию.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

- Начинать лечение с малых доз, постепенно титруя до терапевтического уровня, который должен быть ниже, чем для лиц молодого возраста.
- Длительность лечения составляет до 12 недель.
- Предпочтение АД из группы СИОЗС.

ФЕВАРИН

- Первый среди СИОЗС
 - 14-летний опыт применения,
 - Первый в лечении тревожной депрессии и обсессивно-компульсивных расстройств;
 - Первый в лечении тревожных расстройств у детей с 8 лет ;
 - Лучший профиль переносимости:
 - отсутствие увеличения массы тела;
 - отсутствие влияния на сексуальную функцию;
 - анксиолитический эффект без седации.

Удобство приема: начальная доза составляет **25 мг/сутки** на один прием.

Максимальная суточная доза **100 мг/сутки**.

Суточная доза свыше 100 мг распределяется на 2 или 3 приема.

Поддерживающая доза **50 мг/сутки**.

СИОЗС как антидепрессанты и церебропротекторы

- Терапия СИОЗС, в т.ч. флувоксамином предотвращает развитие гиппокампальной атрофии (*Sheline et al., 2003*)
- Терапия СИОЗС приводит к повышению уровня церебрального нейротрофического фактора в зубчатой извилине, гиппокампе, миндалине. Тем самым замедляются и предотвращаются структурные изменения в лимбической системе (*Chen et al., 2001; Shirayama et al., 2002*).

ФЛУВОКСАМИН – ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРГАНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

**Хорошая переносимость,
эффективность в отношении
депрессивной, тревожной,
фобической и обсессивной
симптоматики делают феварин
препаратом выбора в лечении
органической депрессии.**

(Калинин В.В., 2006)

ФЕВАРИН

- . Эффективен в лечении и профилактике депрессивных, тревожных состояний и обсессивно – компульсивных расстройств.
- . Антидепрессивная эффективность эквивалентна активности ТЦА.
- . Не вызывает антихолинэргические побочные действия, как при применении ТЦА.
- . Препарат выбора у детей и подростков старше 8 лет.
- . Безопасен при передозировке.
- . Уменьшает суицидальные тенденции.
- . Удобство применения: путем однократной суточной дозировки.
- . Длительность применения.

ЛЕЧЕНИЕ АФФЕКТИВНЫХ ПСИХОЗОВ

I. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ:

1. Нейролептики с седативным действием:

галоперидол

тизерцин

аминазин

клопиксол

2. Трициклические антидепрессанты

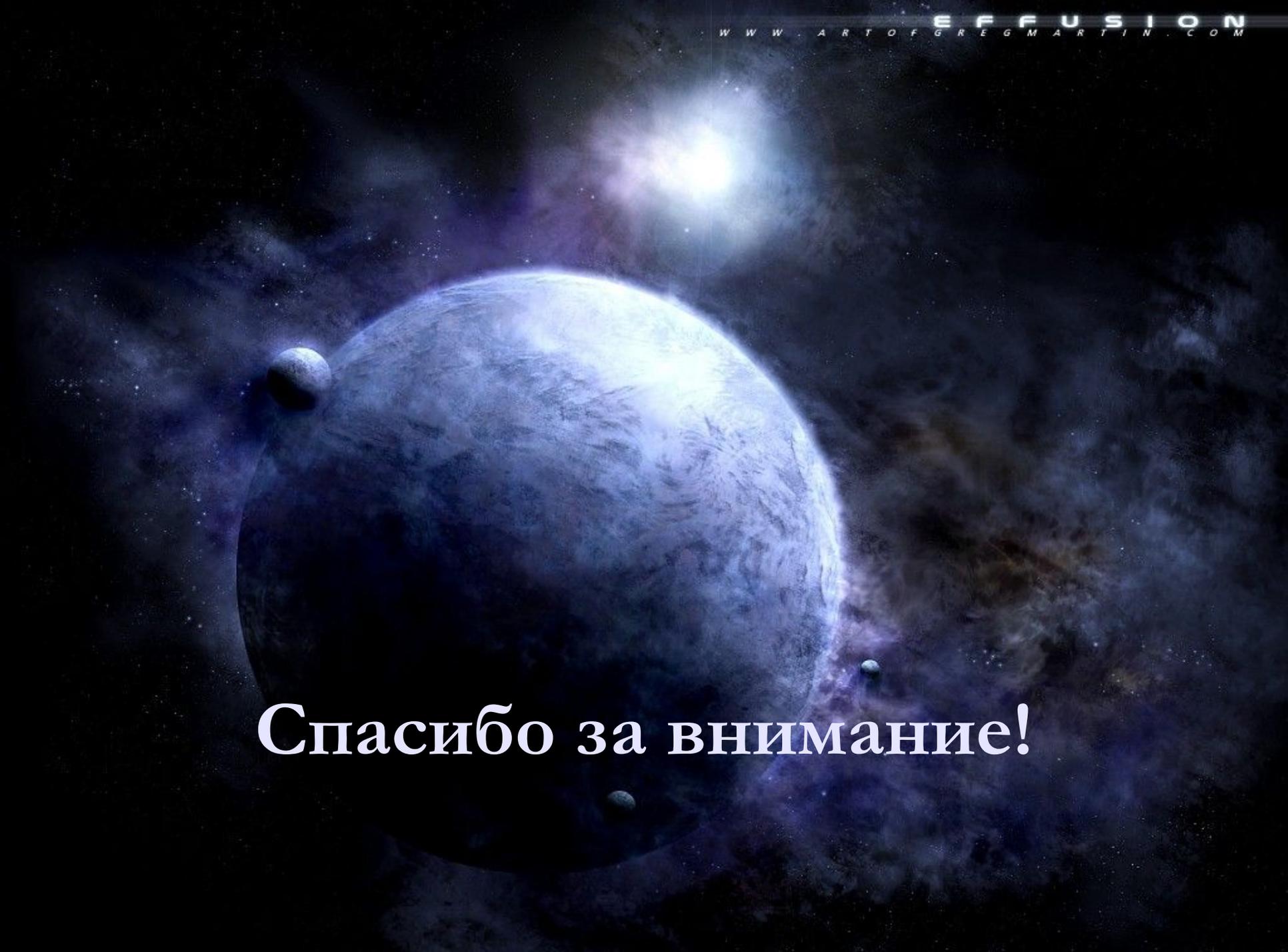
3. Нормотимики:

карбамазепин (финлепсин)

вальпроаты (депакин)

ламотриджин

II. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ



Спасибо за внимание!