

# 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 сознания<sup>4</sup>
- *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 (%) <sup>1</sup>	Среднее значение <sup>2</sup>
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  
( $\geq 2$  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

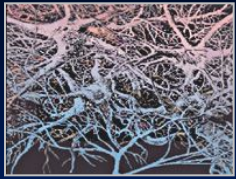
2. С шизофреническим процессом

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:

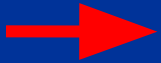
В.Н.Краснов. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике. 2001





# 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**

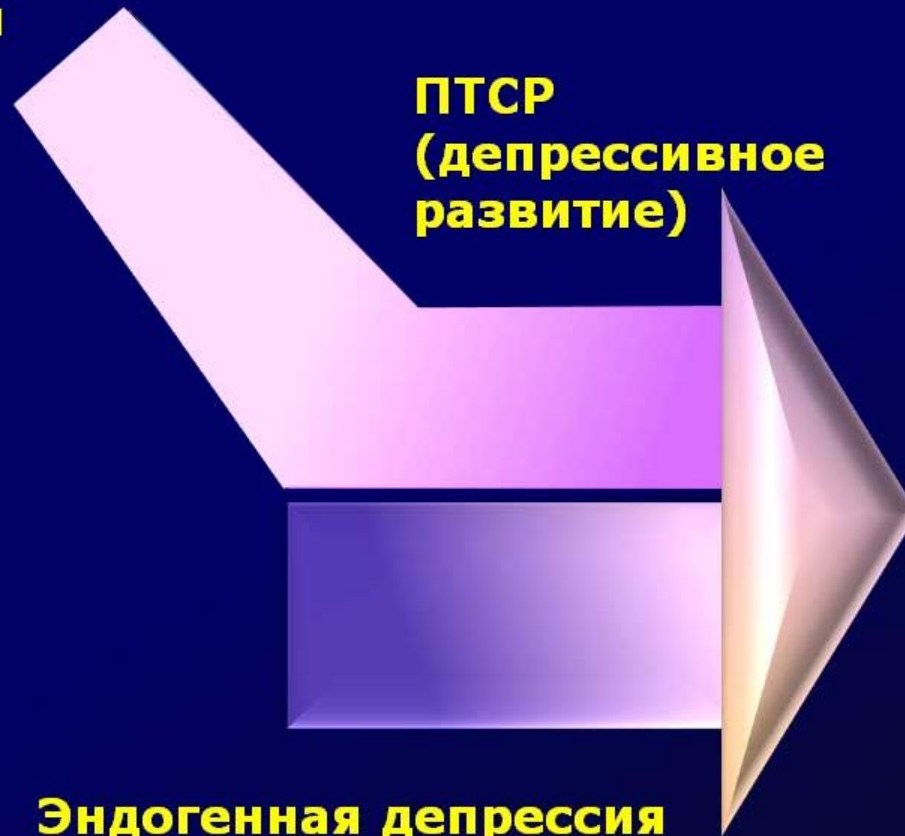
# «Истоки» хронической депрессии

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

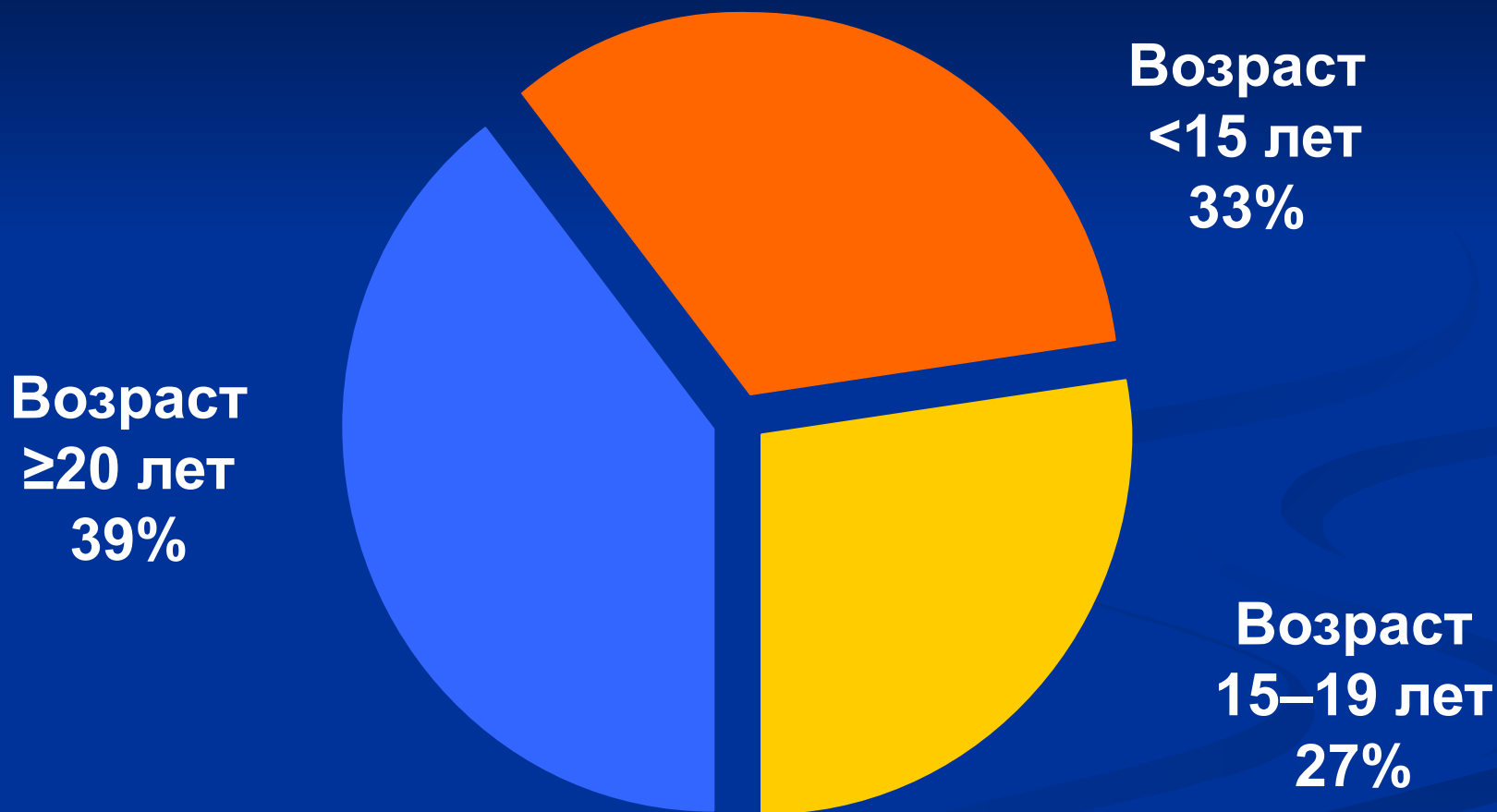
1. Маниакально-депрессивный психоз (МДП)
2. Атипичные аффективные психозы
3. Шизоаффективные психозы
4. Органические аффективные психозы

# 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 $\geq 4$ 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  
заключаются 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%

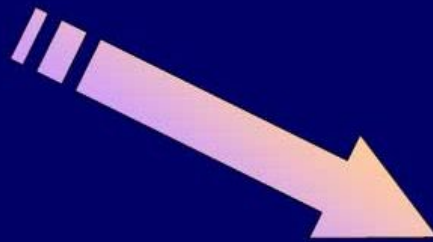
*Костюкова Е.Г. с соавт., 1998; Lehman A. F. , 2002;  
Geddes J.R. et al, 2003;*

# 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 <sup>1,2,3</sup>
- ▶ Рецепторы всех трех типов участвуют в регуляции циркадианных ритмов <sup>4,5,6</sup>
- ▶ Стимуляция мелатонинергических рецепторов благоприятно влияет на сон, а антагонизм к 5-НТ<sub>2c</sub> рецепторам поддерживает медленноволновый сон <sup>7,8</sup>
- ▶ Антагонизм к 5-НТ<sub>2c</sub> 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 5HT<sub>2</sub> (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<sub>2A</sub>**



**Отсутствие снижения уровня активности рецепторов 5-HT<sub>1A</sub>**



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

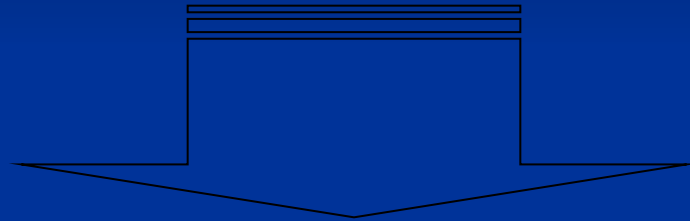


**Повышение уровня серотонина**



**АНТИДЕПРЕССИВНЫЙ ЭФФЕКТ**

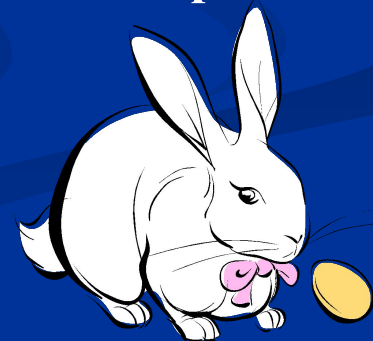
**Тразодон**  
имеет низкое сродство  
к мускариновым рецепторам,  
в 150 - 800 раз ниже, чем у ТЦА



**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



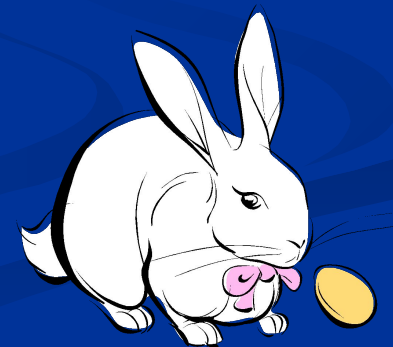
# Дозирование Триттико

## в зависимости от патологии

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

# Важно!!!

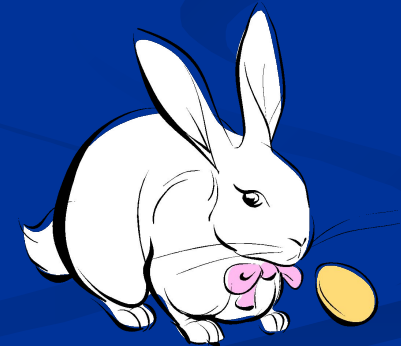
- Дозировка Триттико от 75 до 150 мг дается однократно 1 раз в день – вечером
- Дозировка Триттико от 200 до 600 мг делится на 2 приема – утром и вечером



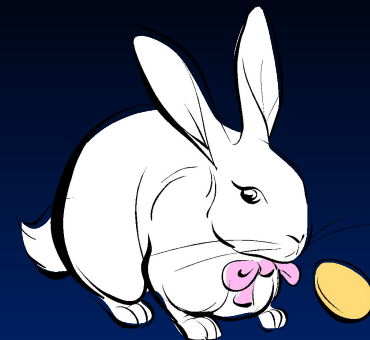
# Противопоказания

(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>

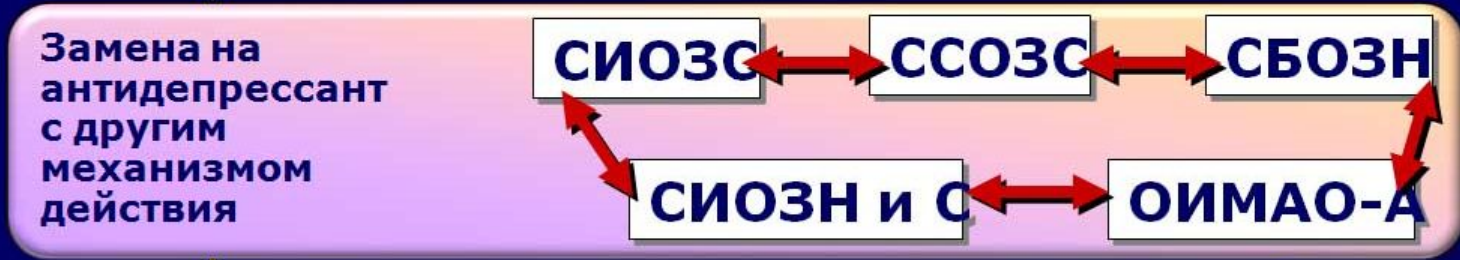


# ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕАДЕКВАТНЫМ ОТВЕТОМ НА ТЕРАПИЮ АНТИДЕПРЕССАНТОМ

- 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



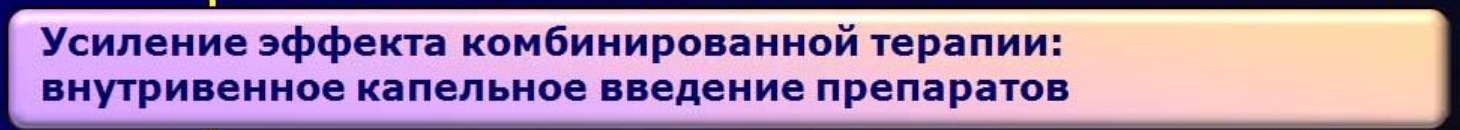
→ Ремиссия

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:

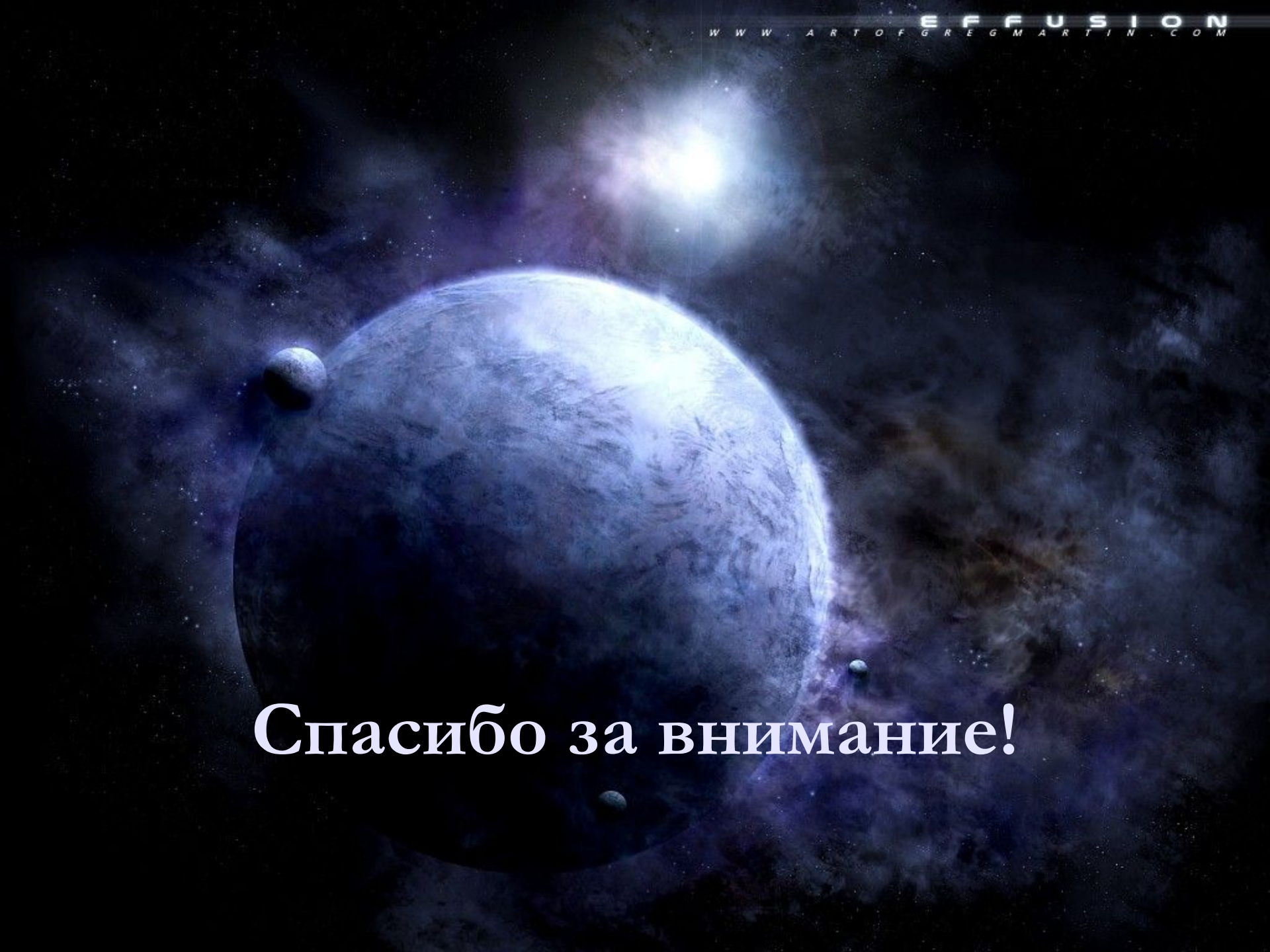
карбамазепин (финлепсин)

вальпроаты (депакин)

ламотриджин

## II. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ





Спасибо за внимание!