

Депрессивные расстройства (актуальность, патогенез, клиника)



**к.м.н., доцент
психиатрии с наркологией
ВГМА Гречко Т.Ю.**

Депрессия

- ▶ *Депрессию можно сравнить со временем... Все знают, что это такое, но никто не может дать ему определение.*
- ▶ *Депрессия – состояние стойкого (не менее двух недель) снижения настроения по сравнению с исходным аффективным фоном*

Депрессия: статистика

- ▶ В общей популяции большие депрессии занимают от 5 до 17%.
- ▶ По данным проф. О.П.Вертоградской, среди обратившихся на прием к терапевту в городскую поликлинику – у 68% больных.
- ▶ Около 25% женщин и 10-15 % мужчин хотя бы 1 раз в жизни пережили развернутый депрессивный эпизод.

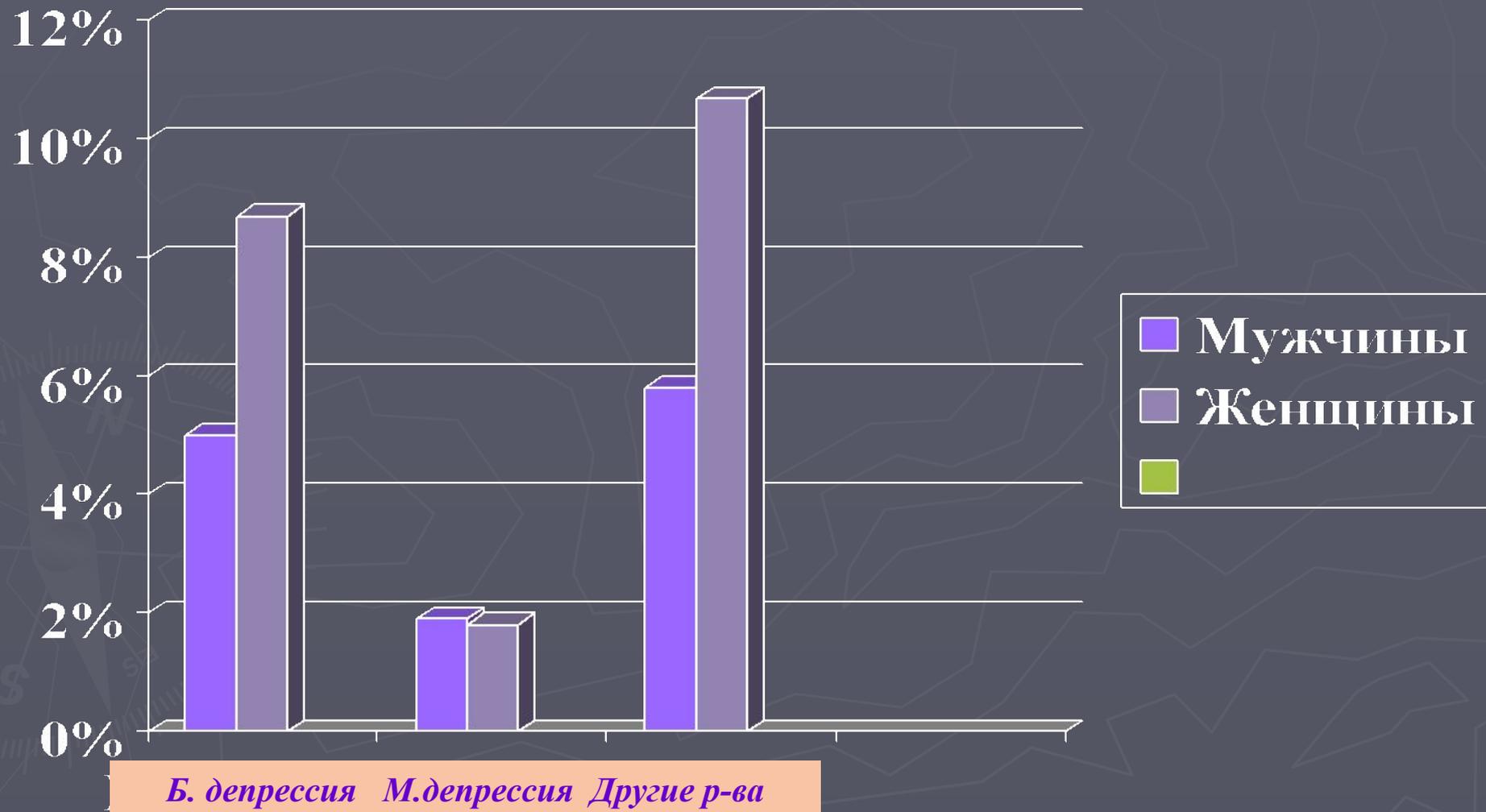
Распространённость депрессий

- ▶ В мире **340 млн.** человек с депрессиями
- ▶ В РФ **138 619** больных с аффективными расстройствами
 - из них **90%** - с депрессиями

Статистические данные

- ▶ 820000 тыс человек гибнут от суицидов на фоне депрессии
- ▶ 300000 человек умирает от СПИДа
- ▶ 850000 человек – в автокатастрофах
- ▶ Россия занимает 4 место в мире по уровню суицидов – 37,9 случаев на 100000 населения (пропуская вперед только Латвию, Литву, Эстонию)

Распространенность депрессии и пол



Систематика депрессий: концепция Смулевича А.Б.

Возможно применение антипсихотиков



Факторы риска развития депрессивных расстройств

- Депрессивное расстройство в анамнезе
- Тревожное расстройство в анамнезе
- Тяжелые неблагоприятные жизненные события
- Наследственная отягощенность
- Соматическое заболевание
- Социальная изоляция, одиночество
- Недостаток социальной поддержки
- Наркотическая или алкогольная зависимость
- Женский пол
- Послеродовой период
- Низкий социально-экономический статус

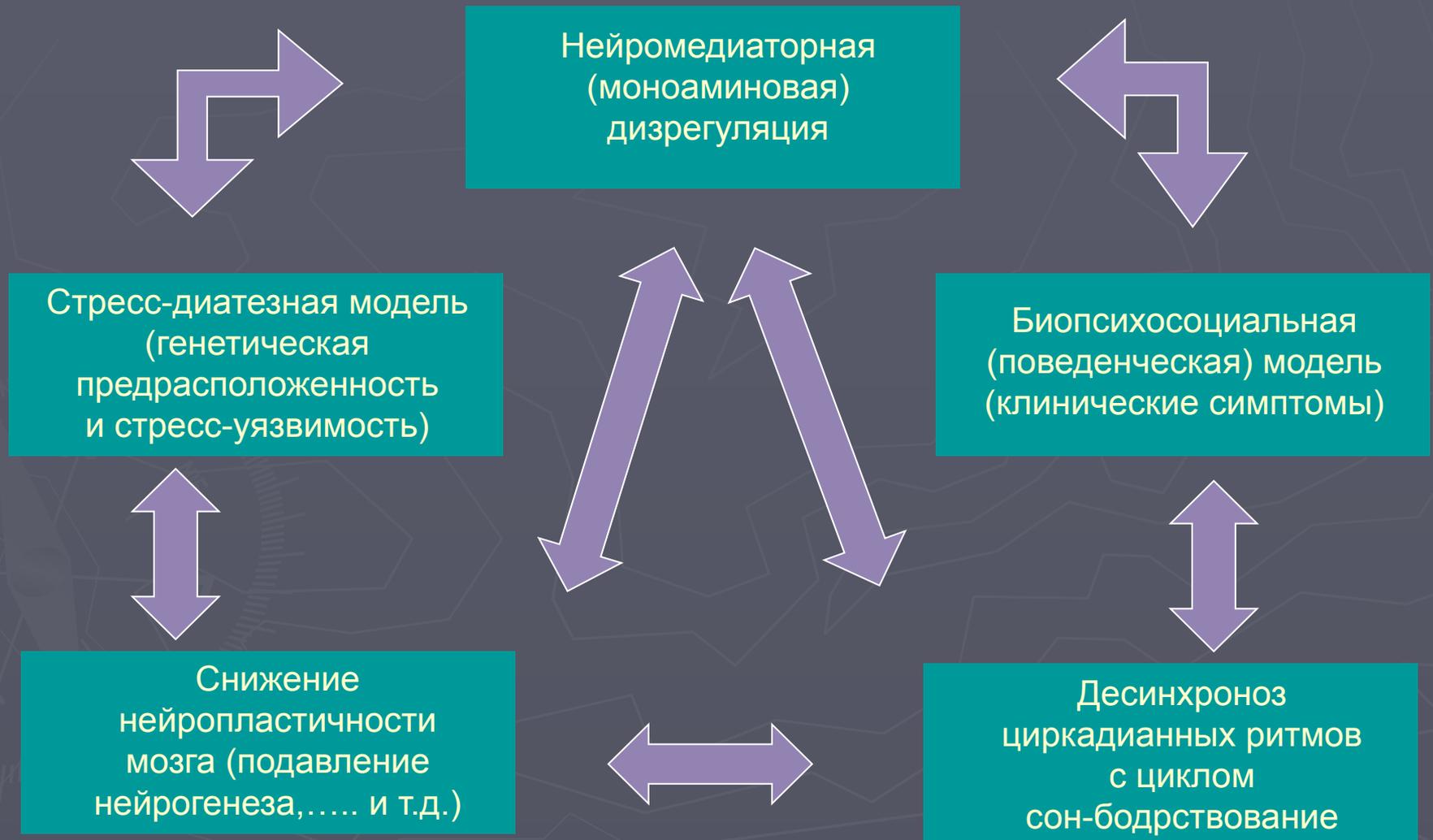
Патогенетические механизмы и клинические проявления депрессий



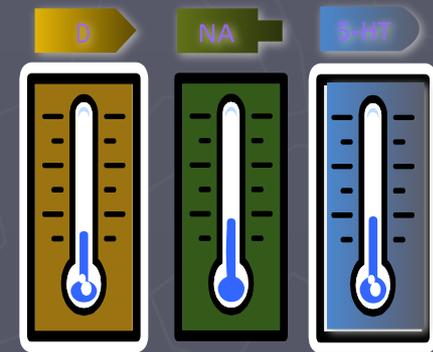
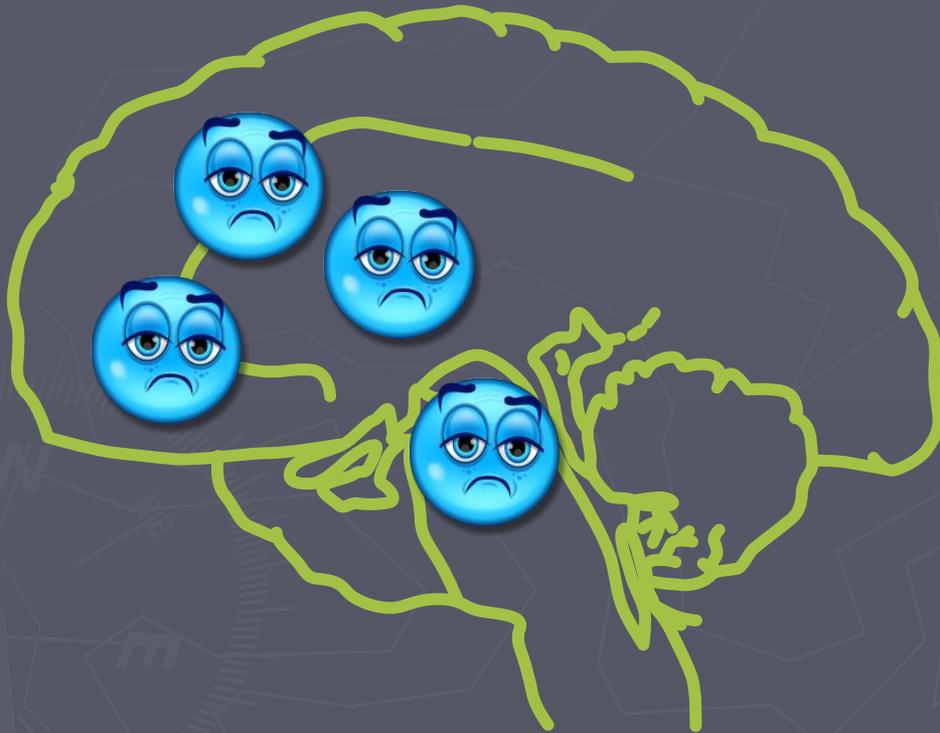
Патогенез депрессий

- ▶ Дисбаланс синаптической передачи
- ▶ Изменение чувствительности рецепторов
- ▶ Нарушение синтеза нейротрансмиттеров

Взаимодействие современных моделей патогенеза депрессии



Депрессия и дефицит нейротрансмиттеров



Функции нейротрансмиттеров

- ▶ - **Норадреналин:** внимание, обучение, память, сон, реакция на опасность
- ▶ - **Серотонин:** сон-бодрствование, псих. функции, настроение, боль, аппетит, секс, мотивации, терморегуляция, агрессия
- ▶ - **Дофамин:** двигательная активность, общее поведение, продукция гормонов, центр рвоты

Синдромы дефицита и избытка дофамина



Синдром дефицита дофамина - СИД
D



- апатия
- аспонтанность
- уплощенный аффект
- эмоциональная отгороженность
- затрудненное абстрактное мышление
- нарушение плавности и содержательности мышления

(его обеднение)



Синдром избытка дофамина - СИД
D



- быстрая смена побуждений и интересов
- гипербулия
- эйфория
- эмоциональная сверхвключаемость
- чрезмерно абстрактный характер мышления
- путаница в мыслях

Синдромы дефицита и избытка норадреналина



Синдром дефицита норадреналина - СДН
NA



- трудности концентрации внимания
- апатия
- замедление информационных процессов
- сниженное настроение
- моторная заторможенность
- утомляемость
- боли



Синдром избытка норадреналина - СИИ
NA



- неустойчивость внимания
- прилив сил
- ускоренное мышление
- повышенное настроение
- двигательное возбуждение
- неутомимость
- своеобразная анестезия

Синдромы дефицита и избытка серотонина



Синдром дефицита серотонина - СДС
5-НТ



- сниженное настроение
- тревога
- приступы паники
- фобии
- обсессии и компульсии
- пищевой крейвинг
- булимия
- боли



Синдром избытка серотонина - СИС
5-НТ



- повышенное настроение
- «олимпийское» спокойствие
- «приступ бесстрашия»
- недооценка опасности
- скачка идей, импульсивные действия
- пищевое воздержание
- анорексия
- своеобразная анестезия

Синдромы дефицита моноаминов (S. Stahl , 2005)

Синдром
дефицита
дофамина
СПД



Ангедония
Апатия
Аспонтанность
Уплощённый аффект
Эмоциональная
отгороженность
Затруднённое
абстракт-
ное мышление
Нарушение плавности
и содержательности
мышления

Синдром
дефицита
серотонина
СПС



Гипотимия
Тревога
Приступы паники
Фобии
Обсессии и
компульсии
Пищевой крейвинг
Булимия
Боли

Синдром
дефицита
норадреналина
СДН



Трудности
концентрации
внимания
«Дефицит» рабочей
памяти
Замедление информа-
ционных процессов
Гипотимия
Моторная заторможен-
ность
Утомляемость
Боли

Серотонин и норадреналин: сферы физиологических эффектов

СЕРОТОНИН

НОРАДРЕНАЛИН

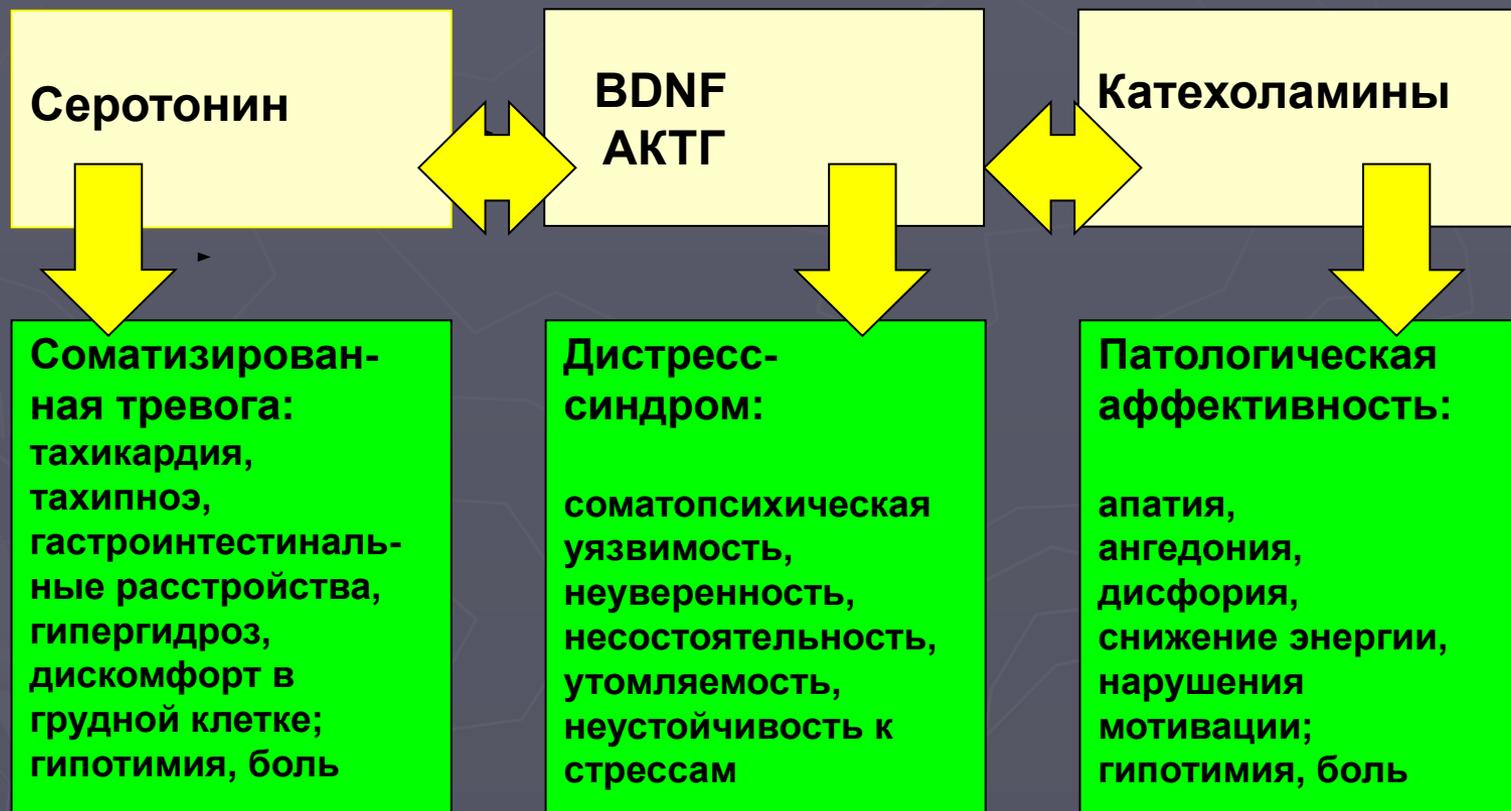


Одновременное воздействие на 5-НТ и НА нейромедиаторные системы может обеспечить более широкий спектр терапевтической эффективности с контролем как эмоциональных, так и соматических симптомов депрессии

Трёхчастная модель депрессии (С. Montano, M.B. Montano, 2002)

- ▶ **Серотонин** – отвечает за проявления соматизированной тревоги (тахикардия, тахипноэ, гастроинтестинальные расстройства и проч.)
- ▶ **АКТГ, BDNF (нейротрофический фактор головного мозга)** – задействованы в формировании неспецифического дистресс – синдрома (соматопсихическая уязвимость, повышенная утомляемость, неуверенность, ощущение своей несостоятельности).
- ▶ **Катехоламины (норадреналин, дофамин)** – отвечают за наличие патологического аффекта, преимущественно негативного (апатия, дисфория, ангедония и др.).

Трёхчастная модель депрессии (С. Montano, M.B. Montano, 2002)



Роль основных нейротрансмиттерных систем в патогенезе клинических проявлений депрессий (H. van Praag, 1996).

- ▶ Снижение метаболизма **дофамина** связано с развитием заторможенности и инертности, а повышение уровня дофамина вызывает активацию и оказывает энергизирующий эффект.
- ▶ Нарушение метаболизма **серотонина** определяет такие проявления депрессии как тревога и агрессия (аутоагрессия) со склонностью к суицидальному поведению; боль, бессонница.
- ▶ Нарушение **норадренергической** трансмиссии является определяющим в развитии таких ключевых проявлений меланхолической депрессии как ангедония (неспособность испытывать удовольствие) и снижение побуждений и поведенческой мотивации.

Клиника депрессий



Депрессивный синдром

- ▶ Депрессивный синдром характеризуется **триадой симптомов**: пониженное настроение (гипотимия), заторможенность мыслительных процессов (идеаторная) и психомоторная заторможенность.

Позитивная и негативная аффективность

- ▶ **Позитивная (патологически продуктивная) аффективность** – представлена феноменами круга депрессивной гиперестезии, на клиническом уровне реализуется в форме витальной тоски с идеями самоуничтожения, малоценности, явлениями идеаторной и моторной заторможенности.
- ▶ **Негативная аффективность** – реализуется девитализацией, психическим отчуждением, апатией, сознанием изменённости собственной жизнедеятельности и глубинного неблагополучия (А.Б. Смулевич, 1997).

Симптомы позитивной и негативной аффективности

ПОЗИТИВНАЯ:

- ▶ тоска;
- ▶ тревога;
- ▶ идеаторное и двигательное торможение;
- ▶ патологический циркадный ритм;
- ▶ идеи малоценности, греховности, ущерба;
- ▶ суицидальные мысли;
- ▶ ипохондрические идеи

▶ НЕГАТИВНАЯ:

- ▶ болезненное бесчувствие;
- ▶ моральная анестезия;
- ▶ депрессивная девитализация (утрата чувства самосохранения, либидо);
- ▶ апатия;
- ▶ дисфория;
- ▶ ангедония

Диагностические критерии депрессивного эпизода

▶ Основные:

- ▶ гипотимия не менее двух недель, вне связи с ситуацией;
- ▶ отчётливое снижение интересов и ангедония;
- ▶ снижение энергии и повышенная утомляемость.

▶ Дополнительные:

- ▶ снижение внимания и сосредоточенности;
- ▶ снижение самооценки;
- ▶ идеи виновности и самоуничижения;
- ▶ пессимизм;
- ▶ идеи (действия), касающиеся суицида или самоповреждения;
- ▶ нарушения сна и аппетита.

Диагностические критерии депрессивного эпизода по МКБ-10: Основные симптомы:

1. **снижение настроения** по сравнению с присущей пациенту нормой отмечается почти ежедневно и большую часть дня, а также вне зависимости от ситуации;
2. **снижение (утрата) интересов** и способности испытывать удовольствие от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;
3. **повторяющиеся мысли о смерти**, самоубийстве или самоповреждении;

Диагностические критерии депрессивного эпизода по МКБ-10:

Дополнительные симптомы:

- нарушения сна любого типа;
- изменение аппетита (снижение или повышение) с соответствующими изменениями массы тела;
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи виновности и самоуничижения;
- сниженная самооценка и чувство неуверенности в себе;
- снижение концентрации внимания, неспособность сосредоточиться,
- снижение способности мыслить, нерешительность или колебания при принятии решения.

Диагностические критерии депрессивного эпизода по МКБ-10:

Дополнительные симптомы (продолжение):

- утрата интересов и удовольствия к обычно приятной деятельности;
- утрата эмоциональной реакции на окружение и события, которые обычно доставляют радость и удовольствие;
- повторяющиеся ранние пробуждения (на два и более часа раньше, чем обычно);
- усиление подавленности и депрессивных переживаний в утренние часы;
- объективные данные о чёткой психомоторной заторможенности или ажитации, отмеченные посторонним человеком;
- выраженное снижение аппетита;
- потеря массы (на 5% и более за последний месяц);
- выраженное снижение либидо.

Классификация депрессий по степени тяжести

Легкие депрессии

- ▶ основные клинические проявления слабо выражены
- ▶ в клинической картине доминирует лишь один моносимптом без выраженных проявлений всего комплекса
- ▶ депрессивные проявления могут быть замаскированы другими психопатологическими расстройствами

Депрессии средней тяжести (умеренные)

- ▶ основные клинические проявления выражены умеренно
- ▶ снижение социального и профессионального функционирования

Тяжелые депрессии

- ▶ доминируют либо тоска, либо апатия, психомоторная заторможенность, тревога, беспокойство, выявляются суицидальные мысли и тенденции
- ▶ выраженные нарушения социального функционирования, неспособность к профессиональной деятельности
- ▶ бредовые идеи вины, болезни (депрессии с психотическими проявлениями)

(МКБ-10)

Диагностическими критериями лёгкой депрессии (субдепрессии) (F 32.0 по МКБ-10) являются:

- ▶ основные проявления депрессии слабо выражены;
- ▶ в клинической картине могут проявляться лишь отдельные черты (моносимптомы) – утомляемость, нежелание что-либо делать, ангедония, нарушение сна, ухудшение аппетита;
- ▶ депрессивные проявления могут быть замаскированы другими психопатологическими расстройствами (тревожно-фобическими, ипохондрическими, вегетативными, алгическими и проч.);
- ▶ в клинической картине доминирует один симптом (моносимптом) без выраженных проявлений всего аффективного синдрома.

Клинические формы депрессий

- ▶ *Тоскливая депрессия* - сочетание депрессивной триады с аффектом тоски, скорби. В клинической картине нередко присутствуют черты витализации.
- ▶ *Меланхолическая (классическая) депрессия* - включает характерную депрессивную триаду (гипотимия, гиподинамия, замедление мышления).
- ▶ *Дисфорическая депрессия* - в клинической картине преобладает злобно-тоскливое настроение с переживанием недовольства собой и окружающими, сопровождающееся выраженными аффективными реакциями гневливости, ярости, агрессии.
- ▶ *Апатическая депрессия* - для такой депрессии характерно ослабление всех побуждений, больные вялы, безучастны к окружающему, к своему состоянию, неохотно вступают в контакт, на вопросы отвечают формально, не предъявляют каких-либо конкретных жалоб.

Клинические формы депрессий (2)

- ▶ **Тревожная депрессия** - наряду с пониженным настроением и тоской имеет место аффект тревоги (чувство тягостного внутреннего напряжения, томительного ожидания беды). В идеаторной сфере отмечается ускорение темпа мышления, неустойчивость внимания на фоне сужения круга ассоциаций, застойный характер мышления, склонность к perseverativности речи. Мимика оживлена, взгляд беспокойный, бегающий, напряженный, на лице - выражение тревоги, вопроса, ожидания. Отмечается психомоторное возбуждение, неусидчивость, суетливость. Крайней степенью выраженности аффекта тревоги является **ажитация (ажитированная депрессия)**, при которой больные мечутся, не находят себе места, охают, стонут, выкрикивают отдельные слова, появляются словесные вербигерации. В таком состоянии больные могут наносить самоповреждения, совершать суицидальные попытки.

Клинические формы депрессий (3)

- ▶ *Адинамическая депрессия* - отличается доминированием гиподинамии в депрессивной триаде. Движения замедлены, жестикуляция и мимика обеднены, позы однообразны, больные могут часами не вставать с постели.
- ▶ *Анестетическая депрессия* - депрессия с мучительным ощущением равнодушия, внутренней опустошенности, в тяжелых случаях доходящая до «чувства потери всех чувств» - anaesthesia psychica dolorosa.
- ▶ *«Ворчливая» (брюзжащая) депрессия* - в структуре депрессии присутствуют раздражительность, мелочное недовольство окружающими, чувство незаслуженно плохого отношения к себе со стороны близких.

Клинические формы депрессий (4)

- ▶ *Ипохондрическая депрессия* - помимо собственно депрессивных проявлений, в клинической картине имеют место разнообразные ипохондрические расстройства: внимание больных избыточно фиксировано на неприятных ощущениях в собственном теле («прислушиваются» к ритму сердца, по несколько раз в день измеряют артериальное давление, считают пульс), подозревают у себя тяжелые соматические заболевания (онкопатологию, инфаркты, инсульты и т. п.).
- ▶ *Ананкастная депрессия* - депрессия с элементами навязчивых состояний (навязчивых сомнений, мыслей, страхов, действий и т. д.)
- ▶ *«Слезливая» депрессия* - депрессия, сочетающаяся с легко возникающими реакциями слабодушия.

Клинические формы депрессий (5)

- ▶ **«Улыбающаяся» депрессия** - депрессивный аффект сочетается со скорбной или иронической улыбкой, больные довольно активно и «спокойно» описывают свое душевное состояние, но, не смотря на кажущееся относительное благополучие, нередко совершают суицидальные попытки.
- ▶ **Сенестопатическая депрессия** - сопровождается крайне неприятными, необычными, вычурными ощущениями (например, «скручивание», «покалывание», «жжение»), в различных областях тела, без четкой локализации, не купирующимися приемом анальгетиков.
- ▶ **Депрессия с синдромом дереализации-деперсонализации** - в клинической картине, наряду с депрессией, фигурируют феномены отчуждения от окружающей действительности, собственных психических и соматических функций или собственного «Я».
- ▶ **Матовая депрессия** - субдепрессивное состояние, симптоматика выражена не ярко, в клинической картине преобладает лишь легкая подавленность, грусть

Признаки эндогенной депрессии

- ▶ 1. возникает аутохтонно, вследствие спонтанных нейромедиаторных нарушений, преимущественно, в центральных серотониновых и норадренолиновых системах;
- ▶ 2. как правило, носит наследственный характер;
- ▶ 3. характеризуется средней или тяжелой степенью тяжести депрессивных проявлений с чертами витализации, высоким риском суицидов;
- ▶ 4. отчетливо выражены суточные и сезонные колебания депрессивных проявлений;
- ▶ 5. клиника депрессии нередко усложняется бредовыми идеями самообвинения, самоуничужения и другими психопродуктивными расстройствами (галлюцинациями, психическими автоматизмами и т.д.);
- ▶ 6. характерно резкое снижение или отсутствие критики к болезненному состоянию.

Соматизированная депрессия



Определение понятия

- ▶ **Соматизированная (маскированная, ларвированная, латентная) депрессия – вариант эндогенной депрессии, в клинике которой гипотимия скрыта под фасадом различных соматических и вегетативных расстройств.
(P. Kielholz, 1973)**

Соматический компонент депрессии

- ▶ - вегетативно-соматическая дисфункция;
- ▶ - витализация аффекта;
- ▶ - соматические маски

Актуальность:

- ▶ Превышает число явных депрессий в 20 раз (Махматова-Павлова, Папандопулус, 1983).
- ▶ Диагностика затруднена из-за неясности клинической картины.
- ▶ Пациенты не получают адекватной терапии, что ведёт к хронификации процесса.
- ▶ К психиатрам попадают поздно, что затрудняет лечение.

Характерные анамнестические данные

- ▶ - в анамнезе периоды беспричинной хандры, с увеличением приёма алкоголя, никотина, нарушениями сна;
- ▶ - периодичность обострения состояния вне зависимости от внешних факторов;
- ▶ - в периоды обострения пик плохого самочувствия в утренние часы;
- ▶ - присоединение острых инфекционных заболеваний может привести к улучшению самочувствия, снижению психического дискомфорта (!!!)

Характерные жалобы

- ▶ 1. Боли (кардиальные, головные, абдоминальные, псевдорадикакулярные, суставные).
- ▶ 2. Колебания АД, нарушения сердечного ритма, чувство стеснения в груди, одышка.
- ▶ 3. Тошнота, рвота, сухость в рту, потеря аппетита, запоры.
- ▶ 4. Заметное изменение массы тела.
- ▶ 5. Угнетение сексуальной активности.
- ▶ 5. Ангедония (неспособность испытывать удовольствие), тяготение общением и привычными занятиями, чувство безнадежности, общая усталость.
- ▶ 6. Желание употреблять алкоголь, курить.

Основные диагностические критерии:

- ▶ - безрезультатное лечение у различных специалистов, при традиционных курсах терапии (дольше 6 месяцев);
- ▶ - полиморфизм жалоб;
- ▶ - несоответствие интенсивности жалоб данным объективных исследований (ЭКГ, УЗИ, различные лабораторные исследования);
- ▶ - явный положительный эффект даже при случайном приёме психоактивных веществ (транквилизаторы, антидепрессанты, седатики, нейролептики, антиконвульсанты)

Варианты маскированной депрессии (В.Ф. Десятников, 1978)

- ▶ 1. Алгически-сенестопатический
(абдоминальный, цефалгический, кардиалгический, паналгический)
- ▶ 2. Гипоталамический
(вегетовисцеральный, вазомоторно-аллергический, псевдоастматический)
- ▶ 3. Обсессивно-фобический
- ▶ 4. Агрипнический
- ▶ 5. Наркоманический
- ▶ 6. Нарушения в сексуальной сфере

«Маски» в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств

- ▶ **- функциональные нарушения внутренних органов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздражённой толстой кишки);**
- ▶ **- нейродермит, кожный зуд;**
- ▶ **- анорексия, булимия;**
- ▶ **- синдром вегетососудистой дистонии, головокружения;**
- ▶ **- импотенция, нарушения менструального цикла**

«Маски» в форме психопатологических расстройств

- ▶ - тревожно-фобические
(генерализованное тревожное
расстройство, паническое
расстройство, агорафобия);**
- ▶ - обсессивно-компульсивные
(навязчивые) расстройства;**
- ▶ - ипохондрические расстройства;**
- ▶ - неврастенические расстройства.**

Алгоритм выявления маскированной депрессии

- ▶ **1. Оценка эффективности проводимой терапии.**
- ▶ **2. Тщательный сбор анамнеза с учётом начала болезни, периодичности её обострений, наличия циркадности, сведений о приёме ПАВ и результатах.**
- ▶ **3. Объективные инструментальные исследования.**
- ▶ **4. Оценка личностных особенностей пациента и активное выявление депрессивных жалоб.**
- ▶ **5. Выявление депрессивных симптомов с помощью шкал (Гамильтона, Цунга).**

Психогенные депрессии



Признаки невротической депрессии:

- ▶ - возникает как реакция индивидуума на психическую травму;
- ▶ - характеризуется относительной легкостью депрессивных проявлений (в меньшей степени выражены глубина гипотимии, гиподинамии, вегетативные расстройства, реже возникают суицидальные мысли и попытки);
- ▶ - отсутствуют психотические психопродуктивные расстройства (бредовые идеи, галлюцинации, острое психомоторное возбуждение и т.д.);
- ▶ - критика к болезненному состоянию сохранена.

Признаки реактивной депрессии:

- ▶ - возникает как реакция индивидуума на сильнейшую психотравму (гибель родственника, изнасилования, стихийные бедствия и т.п.);
- ▶ - характеризуется психотическим уровнем расстройств: тяжелая степень депрессивных проявлений, высокий риск суицидов, усложнение депрессии сверхценными и бредовыми идеями самообвинения;
- ▶ - критика к болезненному состоянию отсутствует.

Атипичная депрессия



Критерии атипичной депрессии по Д S M - IY

- ▶ А – Реактивность настроения
- ▶ В – один или несколько из признаков:
 - повышение массы тела
 - тяжесть в конечностях («свинцовый паралич»)
 - гиперсомния
 - чувствительность к фрустрации (личность острее реагирует на ситуацию)

Этиология атипичной депрессии

- ▶ Истероидная дисфагия (Ahiskal H., 1989)

- часто появляется в результате потери романтической привязанности.

Состояние улучшается при проявлении внимания к жалобам больных

Эпидемиология

Общая распространённость – 0,7 – 4,8%

В 2,5 раза чаще встречается у женщин

Средний возраст 35 лет

Три основных симптома

- ▶ - сонливость;
- ▶ - булимия;
- ▶ - астения

Angst (1993 г.)

Клиническая картина

- ▶ **А:** Реактивность настроения (зависит от ситуации)
- ▶ **Б:**
 - ▶ гиперсомния;
 - ▶ растущий аппетит (гиперфагия);
 - ▶ дисфорический оттенок настроения;
 - ▶ астенические жалобы (слабость, вялость);
 - ▶ угнетение мотивационной сферы;
 - ▶ симптом «свинцовых конечностей»;
 - ▶ обратный характер суточных колебаний настроения
- ▶ **В:** Снижение уровня социальной адаптации

Коморбидность

- ▶ Паническое расстройство
- ▶ Болезни зависимости
(наркотическая,
алкогольная, лекарственная)

Особенности течения

- ▶ - полиморфизм проявлений;
- ▶ - резко снижает уровень социального функционирования;
- ▶ - более злокачественная и склонная к хроническому течению;
- ▶ - незначительный эффект от ТАД (трициклических антидепрессантов), кроме анафранила и людиомила.

Маниакальный синдром



Маниакальный синдром

- ▶ Маниакальный синдром характеризуется противоположной депрессии триадой симптомов: повышение настроения (гипертимия), ускорение мыслительных процессов и психомоторным возбуждением.

Маниакальная фаза

- ▶ Характерны:
 - Гиперактивность
 - Сверхвовлеченность
 - Завышенная самооценка
 - Повышенная отвлекаемость
 - Малая потребность в сне
- ▶ Гипомания
 - Менее выражена
 - Не вызывает серьезного дистресса



Развитие клиники мании

- ▶ Развитие маниакального состояния происходит постепенно. Вначале больные испытывают прилив бодрости, улучшается настроение, появляется ощущение психического и физического благополучия. Окружающее воспринимается в радужных красках, будущее представляется оптимистично. Сон непродолжительный, но глубокий, по утрам больные легко просыпаются и включаются в привычную деятельность. Самооценка обычно повышена, не испытывают колебаний и сомнений при принятии решений. Постепенно, при нарастании мании, настроение становится отчетливо неадекватным: больные необычайно жизнерадостны, просто излучают счастье, отличаются «неиссякаемой энергией», их охватывает жажда деятельности. Нередко при маниакальных состояниях у больных обнаруживаются интересы и способности, которые не обнаруживались до заболевания: больные начинают писать стихи, рисовать, петь.

Развитие клиники мании (2)

- ▶ Нередко появляется **гипермнезия**, больные легко запоминают целые страницы текста, декламируют наизусть множество стихов. Однако, в связи с отвлекаемостью внимания, деятельность таких больных крайне непродуктивна, они не в состоянии довести начатое дело до конца. Ассоциации возникают по поверхностным признакам, темп мышления ускорен, из-за чего больные не успевают высказывать мысли, приходящие им в голову, выкрикивают отдельные слова. Это состояние получило название **«скачка идей» (fuga idearum)**.

Развитие клиники мании (3)

- ▶ Внешний вид больных соответствует их переживаниям. Глаза блестят, лицо гиперемировано, при разговоре изо рта вылетают брызги слюны. Мимика живая, выразительная, на лице - выражение радости, счастья, постоянно улыбаются, громко смеются. Движения быстры и порывисты, жестикуляция бурная. Во время беседы не могут сидеть спокойно, часто вскакивают, начинают ходить и даже бегать по кабинету. Говорят громким, часто охрипшим голосом, спонтанно многословны, вдруг начинают петь, танцевать. Женщины неумеренно пользуются косметикой, ярко одеваются, носят много украшений. Поведение больных становится расторможенным, усиливается сексуальность, больные легко заводят знакомства, вступают в сексуальные связи. Аппетит повышен, едят торопливо, жадно.

Развитие клиники мании (4)

- ▶ Вегетативные расстройства характеризуются повышением тонуса симпатического отдела нервной системы: отмечаются колебания артериального давления в сторону гипертензии, тахикардия, потеря массы тела, у женщин - аменорея.
- ▶ При тяжелых маниакальных состояниях (экспансивная мания) возникают бредовые идеи величия, всемогущества. По содержанию они отличаются жизненностью (преувеличиваются свои таланты, внешние данные, заслуги).
- ▶ Нарастание маниакальных симптомов происходит к вечеру. У одних больных наблюдается бессонница, другие спят мало, но крепко.

Клинические варианты маний

- ▶ **Веселая мания** - характерно веселое, радостное настроение в сочетании с прекрасным физическим самочувствием, умеренным двигательно-речевым возбуждением.
- ▶ **Гневливая мания** - сочетание повышенного настроения с недовольством, придирчивостью, раздражительностью, постоянными конфликтами с окружающими.
- ▶ **Мания со спутанностью** - возникновение на фоне повышенного настроения бессвязного речевого и беспорядочного двигательного возбуждения.
- ▶ **Непродуктивная мания** - сочетание повышенного настроения и двигательного возбуждения с ассоциативной заторможенностью, отсутствием стремления к деятельности, бедностью мышления, однообразием высказываний.
- ▶ **Экспансивная мания** - повышенное настроение сочетается с экспансивным бредом и стремлением к сверхактивной деятельности.

Клинические варианты маний (2)

- ▶ **Заторможенная мания** - сочетание повышенного настроения с двигательной заторможенностью, достигающей интенсивности ступора.
- ▶ **Мания с дурашливостью** - сочетание повышенного настроения, речевого и двигательного возбуждения с манерностью, детскостью, глупыми или плоскими шутками.
- ▶ **Маниакальное буйство (*furor maniacalis*)** - состояние резко выраженного психомоторного возбуждения с яростью или злобой, сопровождаемое разрушительными действиями и агрессией.

ГИПОМАНИЯ

(подробнее)

Отличается от мании меньшей выраженностью и большей краткостью симптоматики:

- ▶ Легкий подъем настроения в течение нескольких или более дней
- ▶ Прилив энергии и активности
- ▶ Заметное чувство физического благополучия и усиления умственной деятельности
- ▶ Снижение потребности в сне
- ▶ Незначительное ухудшение социальной и профессиональной активности (иногда - усиление)
- ▶ Отсутствие психотических черт

