

Аффективные психозы (биполярное аффективное расстройство, эндогенная депрессия), циклотимия, соматизированная депрессия.

Шизофрения, типы течения, клинические формы. Вопросы диагностики и экспертизы при шизофрении. Особенности в различные возрастные периоды, лечение и реабилитация больных.

Аффективный психоз — эндогенное психическое заболевание, которое характеризуется периодически и спонтанно возникающими аффективными фазами (депрессиями, маниями, смешанными состояниями), их полной обратимостью с наступлением выздоровления, интермиссии и восстановлением всех психических функций.

В категорию аффективных психозов входит группа психических расстройств, развивающихся у больных при наступлении состояния аффекта. Для данной категории расстройств характерна периодичность аффективных фаз.

Особенностью развития и течения данной формы психоза является:

- внезапность развития (без предшествующей симптоматики);
- строго двухфазное течение расстройства (фазы мании и депрессии).



Аффективные расстройства (расстройства настроения) — общее название группы психических расстройств, связанных с нарушениями аффекта.

Наиболее широко признаются два типа расстройств, различие между которыми основано на том, имел ли человек когда-либо маниакальный либо гипоманиакальный эпизод. Таким образом, существуют депрессивные расстройства, среди которых наиболее известным и изученным является большое депрессивное расстройство, которое ещё называют «клинической депрессией», и биполярное аффективное расстройство, ранее известное как «маниакально-депрессивный психоз» и описываемое перемежающимися периодами (гипо-)маниакальных, длящихся от 2-х недель до 4—5 месяцев, и депрессивных (средняя продолжительность 6 месяцев) эпизодов.



лат. **affectus**
— душевное волнение,
страсть

Аффективные расстройства

депрессивные
расстройства

- Большое депрессивное расстройство
- Малая депрессия
- Атипичная депрессия
- Психотическая депрессия
- Меланхолическая депрессия
- Инволюционная депрессия
- Постнатальная депрессия
- Рекуррентная депрессия
- Сезонное аффективное расстройство
- Дистимия

маниакальные
расстройства

- Гипомания
- Мания

биполярные
расстройства

- Биполярное расстройство I
- Биполярное расстройство II
- Циклотимия



Расстройства депрессивного спектра

Депрессия — это психическое расстройство, характеризующееся так называемой «депрессивной триадой»:

- ❑ Ангедонией — подавленным настроением и утратой способности переживать радость в течение длительного времени (от двух недель и более)
- ❑ Нарушениями мышления — негативными суждениями, пессимистическим взглядом на происходящее и т. д.
- ❑ Двигательной заторможенностью, выраженной утомляемостью, упадком сил, характеризующимся стабильностью и значительной продолжительностью (например, в течение месяца).

Большое депрессивное расстройство

Для большого депрессивного аффективного расстройства характерны такие признаки:

- преобладание пониженного настроения;
- потеря интереса к увлечениям и любимым вещам;
- быстрая утомляемость;
- снижение концентрации внимания;
- пониженная самооценка;
- потребность в самоуничижении, ощущение виновности;
- негативное восприятие будущего;
- стремление к нанесению себе повреждений, увечий, склонность к суициду;
- нарушения сна;
- проблемы с аппетитом, снижение веса;
- снижение памяти;
- проблемы сексуального характера.

Проявляется без психотических симптомов.

Малая депрессия

- ❖ Наличие двух и более признаков клинической депрессии на протяжении двух недель.

При малой депрессии наблюдаются симптомы большого депрессивного расстройства, однако они имеют меньшую интенсивность, и не оказывают значительного влияния на социальную функцию и жизнедеятельность пациента.



Атипичная депрессия

Повышение аппетита, увеличение веса и сонливость. У больных наблюдается эмоциональная реактивность - быстрое эмоциональное реагирование на события. Отмечается наличие высокого уровня тревоги, эмоциональной лабильности (перепады настроения), галлюцинаций. Пациенты жалуются на наличие повышенной утомляемости.



Психотическая депрессия

Возникают галлюцинации (слуховые и зрительные) и бредовые идеи на фоне сниженного настроения. Наблюдается отсутствие либидо, апатия, замедление мышления и отсутствие способности плакать.



Меланхолическая депрессия

Наблюдается витальность аффекта – физическое ощущение болей в солнечном сплетении, которые вызваны глубокой тоской.

У пациентов возникает чувство вины и происходит утрата интересов и снижение энергии. Ухудшение симптомов в утреннее время суток, нарушения сна и потеря веса.



Инволюционная депрессия

У пациента нарушаются двигательные функции. Это проявляется в ступоре, либо бесцельных и аномальных движениях.



Постнатальная депрессия

Аффективное расстройство, сопровождающееся снижением настроения после родов. Длительность - до трех месяцев.



Рекуррентная депрессия

Аналогичные симптомы наблюдаются и при рекуррентном расстройстве, основное отличие состоит в продолжительности состояния. Эпизоды депрессии происходят периодически, и длятся от 2 дней до 2 недель. В течение года эпизоды повторяются несколько раз и не зависят от менструального цикла (у женщин).



Здоровье

Здоровье



ЕДИНИЧНЫЙ ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД

Интермиссия

Интермиссия

Интермиссия



РЕКУРРЕНТНОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

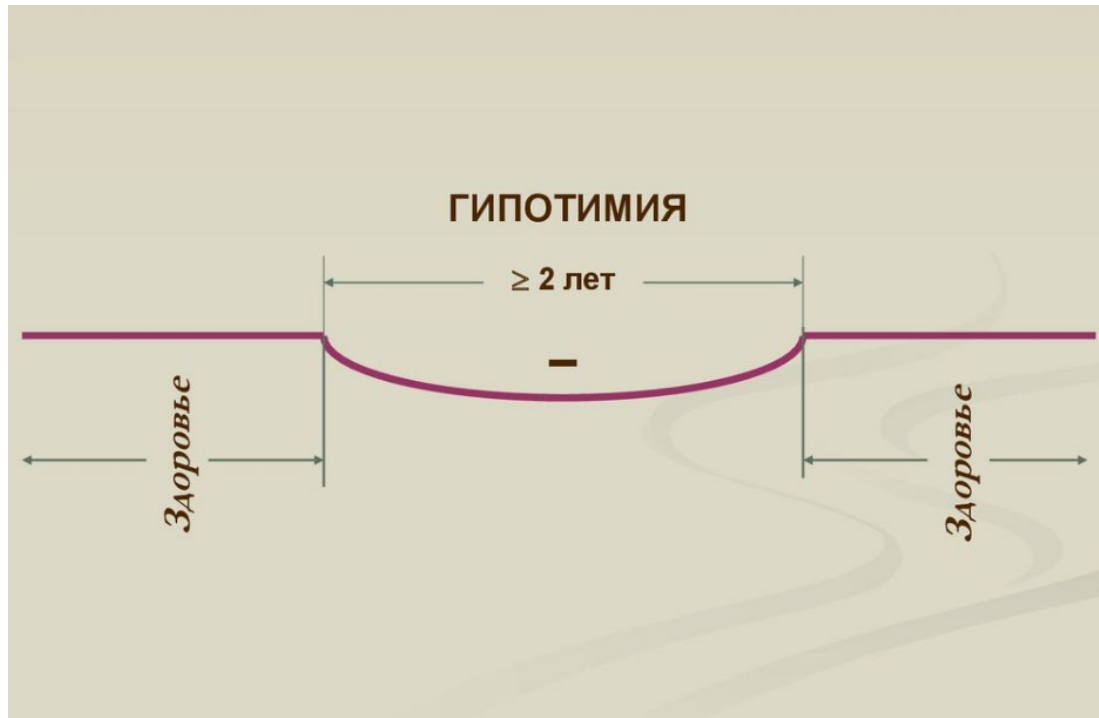
Сезонное аффективное расстройство

Состояние, возникающее осенью и зимой. Проявления этого заболевания исчезают в весенний период. Для установления диагноза необходимо наличие двух случаев появления симптомов в холодные месяцы и ни разу в другие времена года на протяжении двух и более лет.



ДИСТИМИЯ

Хроническая субдепрессия (неадекватно незначительно подавленное настроение), длительностью не менее 2 лет, снижение настроения непсихотического уровня, протекающие с минимальной выраженностью симптоматики.



Соматизированная депрессия

Соматизированная депрессия (СД) – это атипично протекающая депрессия, при которой собственно симптомы депрессии скрыты за маской стойких соматических и вегетативных жалоб (у соматизированной депрессии много синонимов – ларвированная, маскированная, скрытая, амбулаторная, алекситимическая, латентная, вегетативная, а также депрессия без депрессии).



Патогенез соматизированных депрессий остается до конца неясным, но в качестве гипотезы могут рассматриваться по меньшей мере 3 механизма:

- 1) скрытая депрессия выявляет субклиническую соматическую и неврологическую патологию, т.е. служит причиной ее декомпенсации, манифестации;
- 2) скрытая депрессия сочетается с реальными соматическими синдромами (бронхиальная астма, нейродермит, заболевания суставов, аллергические явления), патогенетически связанными с депрессивным состоянием. Эффективное лечение депрессии может иметь результатом полную ликвидацию психосоматических синдромов и компенсацию явной и субклинической соматической патологии;
- 3) скрытая депрессия имитирует соматические нарушения вследствие своеобразия внутренней картины болезни.

Выделяют **основные синдромы** соматизированной депрессии:

- ☐ алгически-сенестопатический;
- ☐ абдоминальный;
- ☐ кардиалгический;
- ☐ цефалгический;
- ☐ паналгический;
- ☐ агрипнический;
- ☐ диэнцефальный (вегето-висцеральный, вазомоторно-аллергический, псевдоастматический);
- ☐ обсессивно-фобический;
- ☐ наркоманический.

Важной особенностью соматизированных депрессий, помогающей обычно в постановке диагноза, является то, что проявления соматовегетативного «фасада» обычно не укладываются полностью в рамки того заболевания, которое они имитируют. Врачи непсихиатрических специальностей, как правило, отмечают этот факт, а также обращают внимание на безуспешность лечения предполагаемого соматического страдания.

Основные трудности при диагностике соматизированных депрессий заключаются прежде всего в обнаружении собственно аффективных нарушений. Врач общей практики должен уметь выявить различные признаки гипотимии, имеющиеся в структуре состояния, обратить внимание на:

- легкую угнетенность;
- неспособность радоваться жизни;
- затруднения в общении с окружающими;
- стремление к уединению;
- ограничение контактов;
- снижение прежней энергии и активности;
- трудности в принятии решений;
- беспокойство;
- «нервность» (иногда с чувством страха);
- обилие разнообразных соматовегетативных жалоб, не укладывающихся в рамки определенной болезни;
- расстройство витальных функций – нарушение сна (в виде сокращения продолжительности или раннего пробуждения);
- снижение аппетита;
- снижение потенции;
- похудание;
- нарушения менструального цикла;
- суточные колебания аффекта и соматовегетативных расстройств.

О принадлежности этих состояний к эндогенным депрессиям можно косвенно судить по фазности (периодичности) их проявлений, типичной суточной ритмике (т.е. ослаблению соматовегетативных нарушений к вечеру), наследственной отягощенности расстройствами аффективного спектра у ближайших родственников и наличию более отчетливых аффективных (циклотимных) эпизодов в анамнезе.

Лечение

Основной курс лечения включает прием селективных и неселективных ингибиторов захвата норадреналина и серотонина.

Тревожность купируется при помощи:

- ✓ трициклических антидепрессантов (Амитриптилин);
- ✓ селективных ингибиторов (Дезипрамин, Моклобемид, Лудиомил);
- ✓ транквилизаторов (Диазепам, Лоразепам);
- ✓ нейролептиков (Аминазин, Галоперидол);
- ✓ неселективных ингибиторов моноаминоксидазы (Фенелзин, Ниаламид, Ипрониазид).



При повышенном проявлении тоски назначают:

- ✓ активирующие антидепрессанты (Нортриптилин, Анафранил, Протриптилин);
- ✓ неселективные ингибиторы моноаминоксидазы (Транилципрамил);
- ✓ нормотимики (Финлепсин).

В качестве дополнительной терапии, а также в случае неэффективности медикаментозного лечения, применяют электросудорожную терапию.

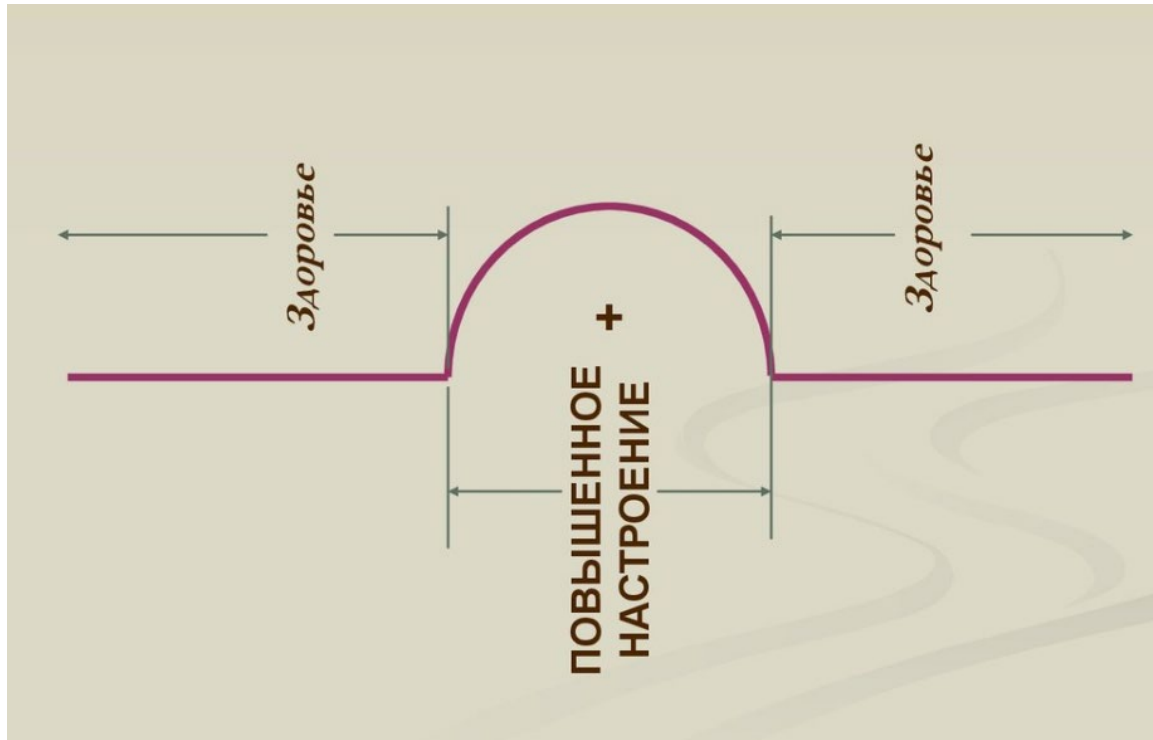
Расстройства маниакального спектра

Маниакальное состояние характеризуется тройкой базовых симптомов:

- ☐ приподнятым настроением (гипертимией);
- ☐ тахипсией, т.е. психическим возбуждением, характеризующимся ускорением мышления и речи;
- ☐ повышенной двигательной активностью.

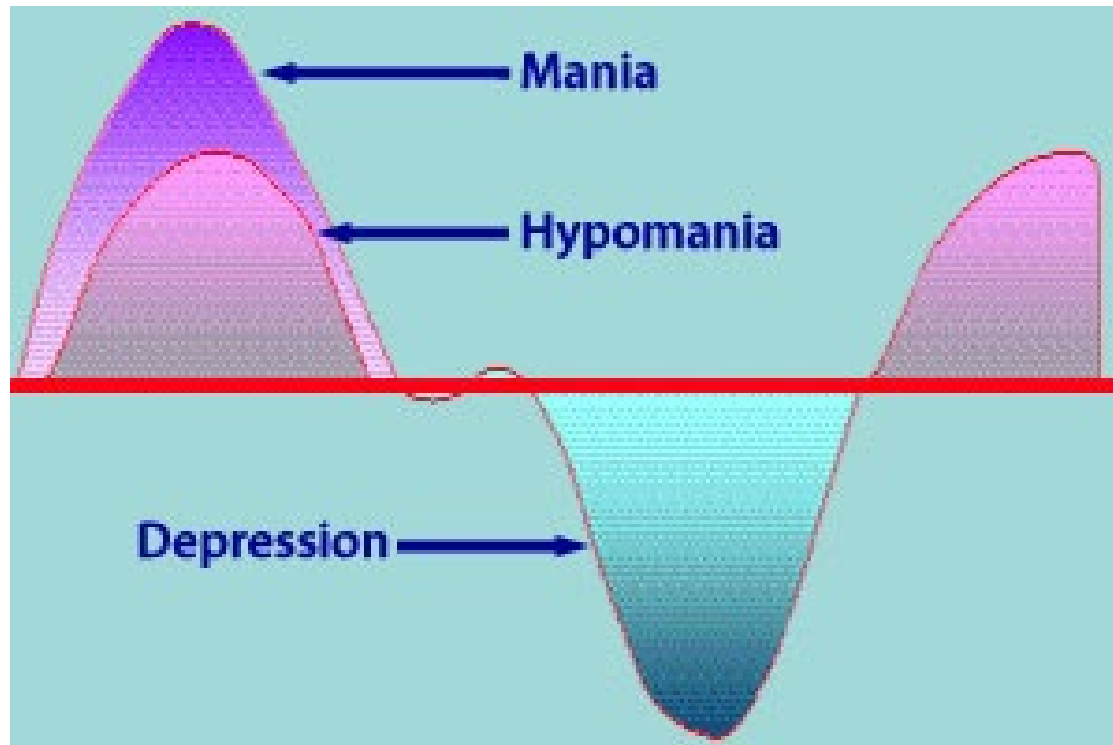
Мания

Психическое расстройство в виде неадекватно повышенного настроения, гипербулии, ускорения темпа мышления и переключаемости внимания, укорочения продолжительности сна, усиления интенсивности инстинктов, влечений, побуждений и мотивов с быстрой их изменчивостью.



Гипомания

Состояние, при котором все три симптома присутствуют, но не достигают уровня расстройства, то есть не нарушают поведение и социальное функционирование человека и не сочетаются с психотическими расстройствами.



Варианты мании

Один из симптомов более выражен, чем обычно:

- Гипертимическая (радостная) мания — самым выраженным симптомом является необычайно высокое настроение (гипертимия), выражающаяся празднованием, ликованием.
- Спутанная мания — ускорение ассоциаций (тахипсихия), достигающее степени скачки идей.

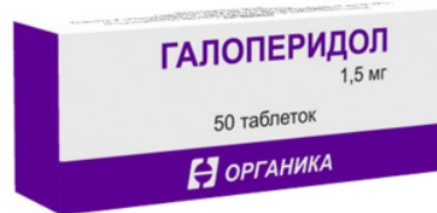
Один из симптомов меняется на противоположный:

- Гневливая мания — ускорение мышления и повышение двигательной активности сопровождается снижением настроения, что проявляется в виде повышенной злобности, раздражительности, агрессивных поступков, в части случаев доходит до деструктивного и аутодеструктивного поведения.
- Маниакальный ступор — повышенное настроение и ускоренное мышление, сопровождающиеся двигательной заторможенностью.
- Непродуктивная мания — повышенные настроение и двигательная активность в сочетании с замедлением мыслительной активности.

Лечение

Для лечения маниакальных аффективных расстройств применяют:

- ✓ стабилизаторы настроения (Вальпроевая кислота, Карбамазепин, препараты лития);
- ✓ нейролептики (Хлорпромазин, Галоперидол, Запрасидон).



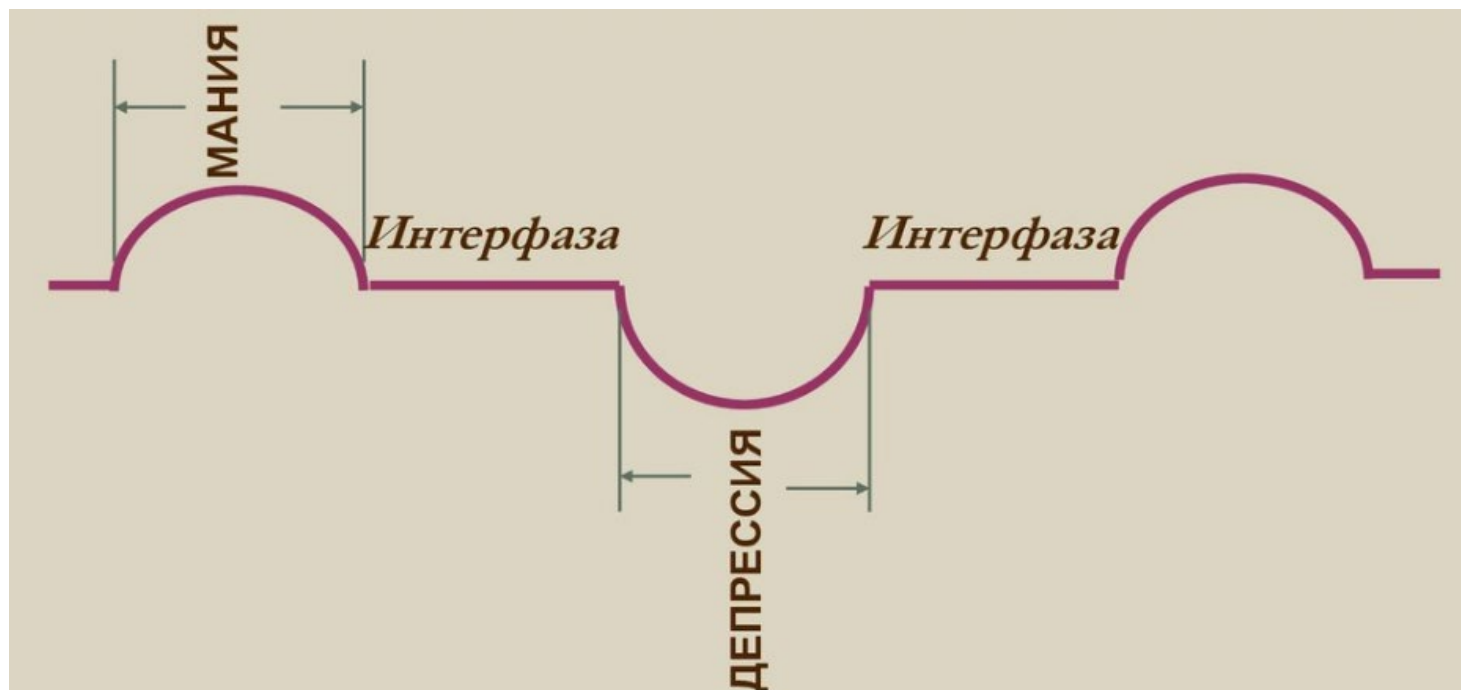
Расстройства биполярного спектра

Биполярное расстройство (устаревшее название – **маниакально-депрессивный психоз**) – *психическое нарушение, при котором происходит чередование маниакальных и депрессивных фаз. Эпизоды сменяют друг друга, либо чередуются со «светлыми» промежутками (состояниями психического здоровья).*

Средняя продолжительность одного периода около 3-7 месяцев, однако, может составлять несколько дней и несколько лет, при этом депрессивные фазы зачастую в три раза длиннее маниакальных. Маниакальная фаза может быть единичным эпизодом на фоне депрессивного состояния.

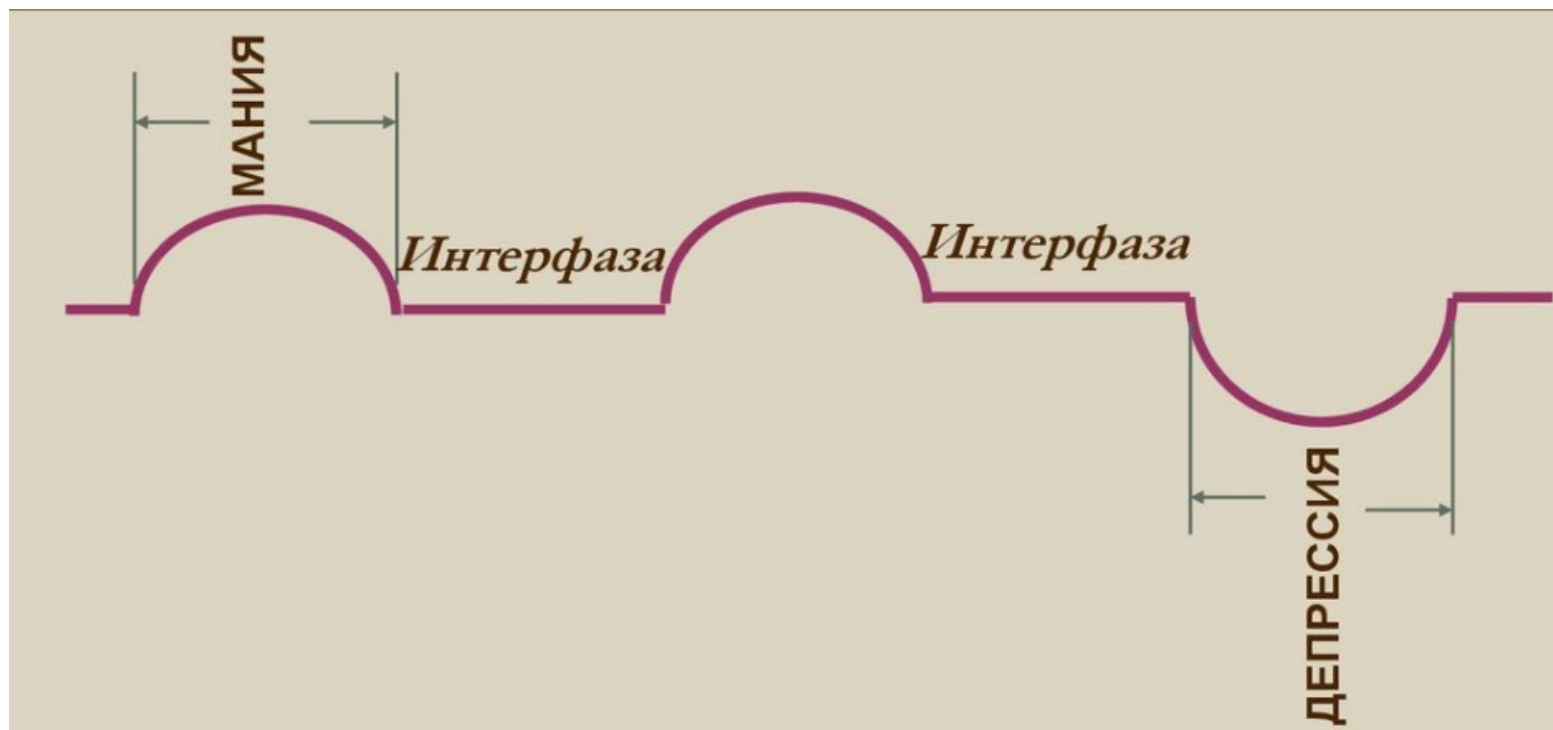
При биполярном аффективном расстройстве депрессивные стадии проявляются значительно более длительные периоды времени. Наблюдается улучшение состояния и настроения пациента в вечернее время, и ухудшение в утреннее.

Типы течения БАР



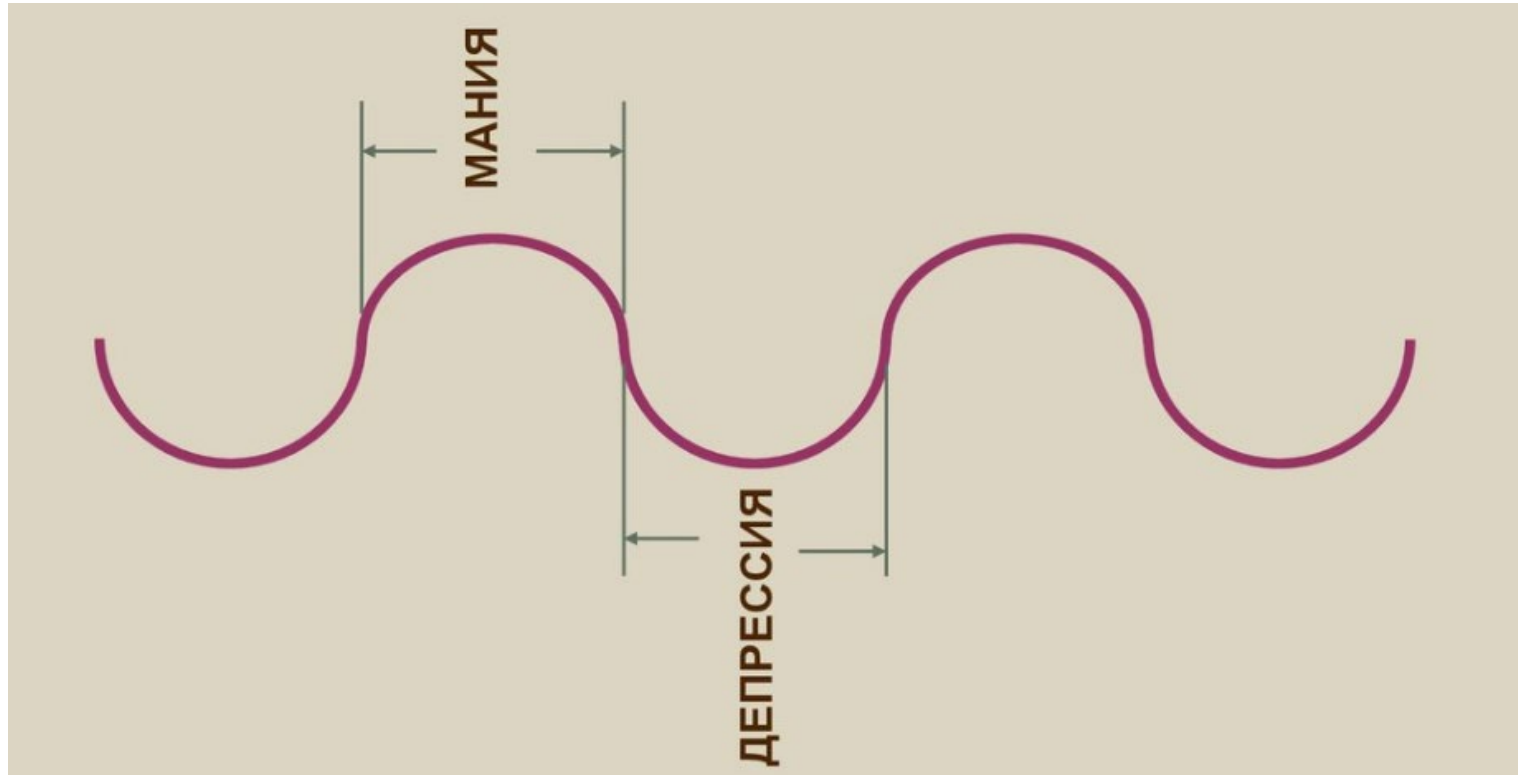
ПРАВИЛЬНО ПЕРЕМЕЖАЮЩИЙСЯ ТИП (ИНТЕРМИТТИРУЮЩАЯ)
— через «светлые» промежутки (интермиссии) маниакальная фаза сменяет
депрессивную, а депрессивная — маниакальную.

Типы течения БАР



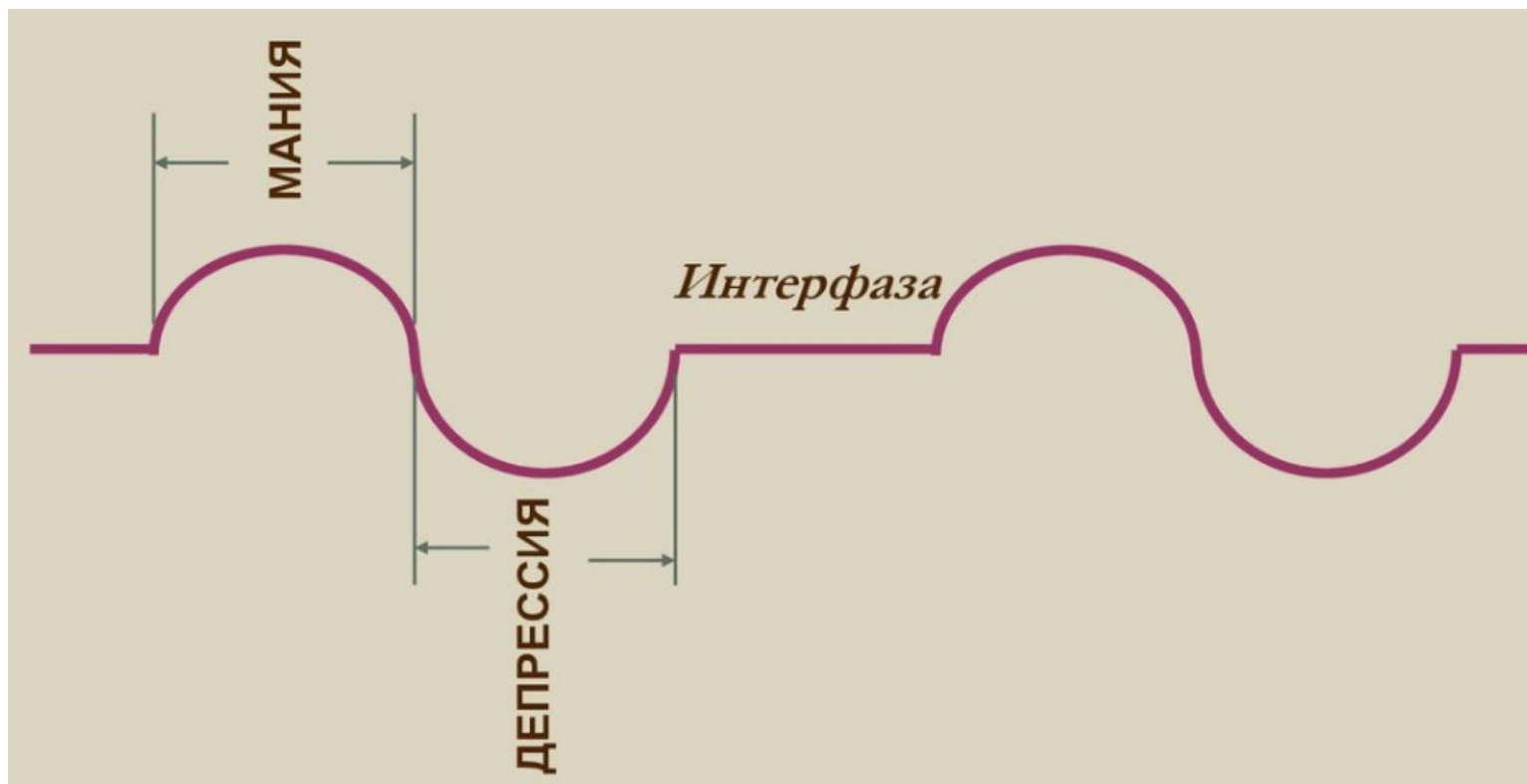
НЕПРАВИЛЬНО ПЕРЕМЕЖАЮЩИЙСЯ ТИП – через «светлые» промежутки маниакальные и депрессивные фазы чередуются без строгой очерёдности (после маниакальной фазы может вновь начаться маниакальная и наоборот).

Типы течения БАР



ЦИРКУЛЯРНЫЙ ТИП – правильное чередование фаз, отсутствуют интермиссии.

Типы течения БАР



ДВОЙНОЙ ТИП – непосредственная смена двух противоположных фаз, после чего следует интерфаза.

Биполярное расстройство I

Наличие одного и более маниакального приступа без проявлений депрессивного состояния.



Биполярное расстройство II

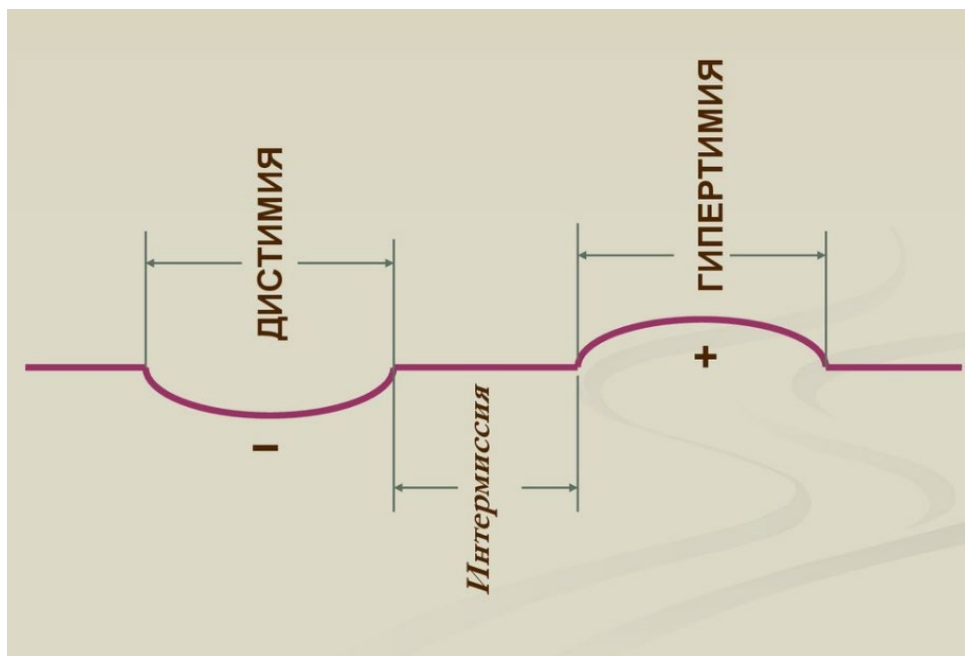
Чередование маниакального и депрессивного эпизода.



ЦИКЛОТИМИЯ

Чередование гипертимии (неадекватное незначительно повышенное настроение) и субдепрессивных фаз.

Циклотимия – аутохтонно возникающие состояния патологически измененного аффекта с чередованием периодов гипомании и неглубокой депрессии в виде отдельных или сдвоенных эпизодов (фаз), разделенных интермиссиями или развивающихся континуально.



Лечение

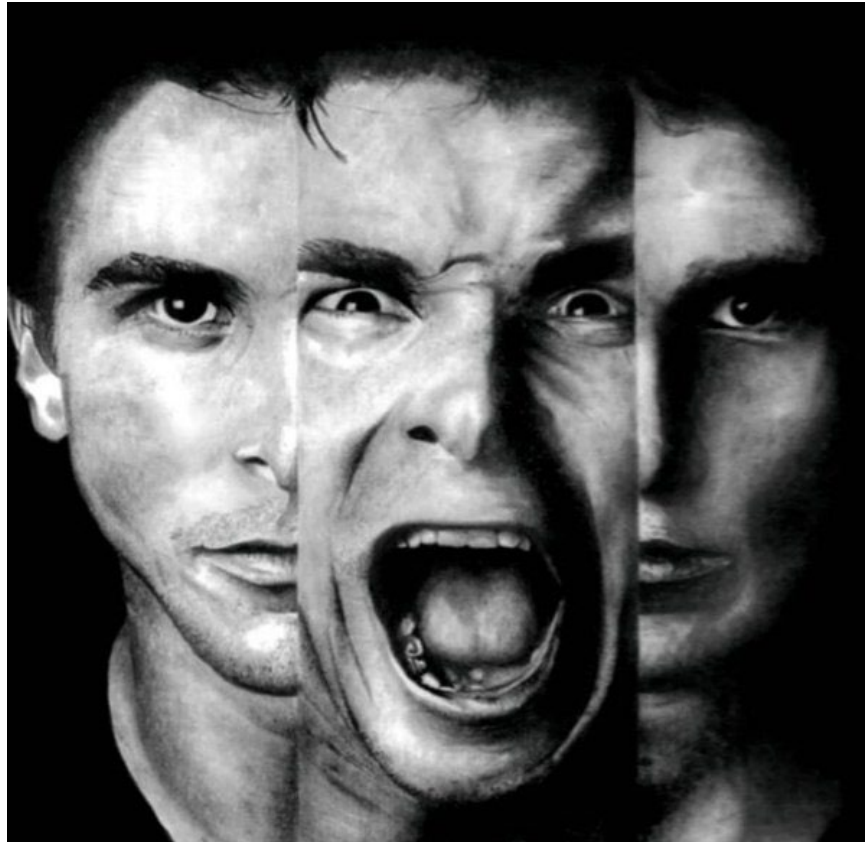
Подбор препаратов для купирования депрессивной фазы требует особого внимания, так как неверный подбор антидепрессанта может привести к усилению тревожности, суицидальных наклонностей, заторможенности.

- ✓ При меланхолическом характере депрессии, проявлениях заторможенности, назначают стимулирующие препараты (Бупропион, Венлафаксин, Флуоксетин, Циталопрам).
- ✓ При повышенной тревожности применяют антидепрессанты седативного действия (Миртазапин, Эсциталопрам, Пароксетин).
- ✓ При сочетании симптомов заторможенности и тревожности назначаются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (Золофт), транквилизаторы.

Терапия маниакальной фазы осуществляется при помощи нормотимиков. При приеме классических и атипичных нейролептиков существует риск развития депрессии, нейролептических экстрапирамидальных расстройств, акатизии.

Шизофрения

Шизофрения (расщепление души, ума)-эндогенное прогрессивное хроническое психическое заболевание, характеризующееся дисфункцией психических функций.



Классификация В.А. Снежневского

В основу классификации положен тип течения заболевания Снежневский выделяет три типа течения шизофрении:

1. Непрерывный тип течения.
2. Приступообразно-прогредиентный или шубообразный тип течения.
3. Периодический (рекуррентный, возвратный) тип течения.

Разница между приступообразно-прогредиентным и периодическим типами течения заключается в том, что при приступообразно-прогредиентном типе после каждого перенесенного приступа отмечаются заметные изменения личности, как бы ступенеобразное снижение личности. При периодическом типе течения заметные изменения личности появляются лишь после пятого приступа, а межприступный период отличается высоким качеством ремиссии, что позволяет называть его интермиссией.

ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЙ «ДЕФЕКТ»— необратимые изменения личности появившиеся в процессе течения заболевания и объединяющие негативную симптоматику, остаточные симптомы активного процесса, компенсаторные образования и сохранившиеся качества личности.

Типы:

- ❑ **Апато-абулический** – максимально выражен дефект эмоционально-волевой сферы (пассивность, бездеятельность, безынициативность, равнодушие к своему облику, здоровью, условиям жизни, неопрятны, отсутствие общения, интересов, утрата социального статуса и т. д.).
- ❑ **Астенический** – негативная симптоматика невелика, интеллект, старые знания и навыки сохранены, но снижен уровень психической активности личности, выражена психическая астения (ранимость, чувствительность), истощаемость, подчиняемость, зависимость, неуверенность в себе, стремление быть с родственниками.
- ❑ **Неврозоподобный** – на фоне эмоционального притупления, нерезких расстройств мышления преобладание картины и жалоб, соответствующих неврозу.
- ❑ **Психопатоподобный** – резкие негативные изменения в эмоциональной и интеллектуальной сферах, возбудимость, истероформность, неустойчивость, мозаичность.
- ❑ **Псевдоорганический** – психопатоподобный в сочетании с брадипсихией, инстинктивной расторможенностью.

- ☐ Тимопатический – «нажитая циклотимия».
- ☐ Гиперстенический – появление после шуба ранее не свойственных черт: пунктуальности, строгой регламентированности режима, питания, «правильности» и гиперсоциальности и другие.
- ☐ Параноидный – наиболее выражены расстройства в сфере мышления, интеллект сохранен, негативная симптоматика выражена средне. В структуре дефекта – резидуальные бредовые и галлюцинаторные переживания, появляется склонность к образованию паранойяльных идей, при этом нет их эмоциональной окраски и склонности к их расширению и систематизации.
- ☐ Гипоманиакальный – своеобразная диссоциация психических функций без адекватного эмоционального содержания.
- ☐ Смешанный – комбинация различных типов.

ПРОГНОЗ:

- ☐ Неизлечима
- ☐ Возможны длительные ремиссии
- ☐ Прогноз во многом зависит от типа течения заболевания
- ☐ Чем раньше дебют, тем хуже прогноз
- ☐ Прогноз лучше при наличии аффективной симптоматики в клинической картине
- ☐ Прогноз хуже при плохой адаптации в преморбиде
- ☐ Прогноз хуже при негативной шизофрении, чем при позитивной (по Crow T.)
- ☐ Прогноз хуже при отсутствии критики к заболеванию и плохом комплаенсе (готовности следовать предписаниям врача)
- ☐ При адекватно подобранной терапии и хороших социальных условиях возможна хорошая социальная адаптация больных

Клинические формы шизофрении

1 группа. Типичные формы

- Параноидная
- Кататоническая
- Гебефреническая
- Простая форма (симплекс-синдром)

2 группа. Атипичные формы

- Вялотекущая (неврозоподобная и психопатоподобная)
- Фебрильная (лихорадочная)
- Паранойяльная
- Острая полиморфная

Простая форма шизофрении

- ❖ Позитивные симптомы отсутствуют.
- ❖ Негативные симптомы быстро нарастают, достигая степени шизофренического дефекта.
- ❖ Течение прерывно-прогредиентное.



Гебефреническая шизофрения

- Начинается в подростковом, юношеском возрасте.
- Доминирует гебефренный синдром (эмоционально-волевые и грубые поведенческие расстройства: дурашливость, гримасничанье, расторможенность влечений, прыгают, кривляются, пляшут, неуместно шутят, нецензурно бранятся, могут проявить немотивированную агрессию).
- Кататонические включения (иногда - эпизодические галлюцинации и отдельные бредовые переживания).
- Течение злокачественное, непрерывное (остановка психического развития на возрасте манифестирования заболевания).



Параноидная шизофрения

- Доминирует галлюцинаторно-параноидный синдром.
- Возможна трансформация синдрома: паранойяльный → параноидный → парафренный
- Течение непрерывное либо приступообразное
- непрерывно-прогредиентной и приступообразно-прогредиентной



Кататоническая шизофрения

Начинается с эпизода психомоторного возбуждения.

Ведущий синдром – кататонический.

Варианты:

- люцидная (светлая) кататония (без нарушения сознания, имеет злокачественное течение).

- онейроидная кататония (с полиморфной продуктивной симптоматикой, относительно доброкачественным течением).

- Иногда – онейроидные, параноидные включения.

- Течение – приступообразное.

- Дефект: изменчивость аффективных проявлений с внезапными переходами от аффективной тупости к немотивированной взрывчатости.



Типы течения шизофрении

1

Непрерывный тип течения

2

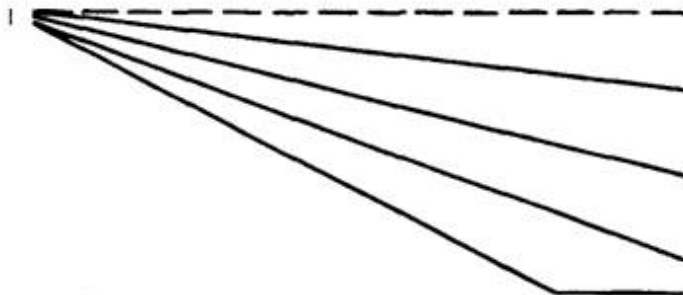
**Приступообразно-прогредиентный
(шубообразный) тип течения**

3

**Периодический (рекуррентный) тип
течения**

Непрерывный тип течения

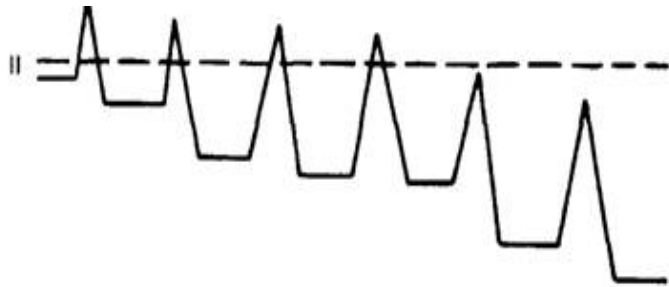
- ☐ Отсутствие ремиссий.
- ☐ Психотическая симптоматика никогда не исчезает полностью.
- ☐ Наиболее злокачественные формы характеризуются ранним началом и быстрым формированием апатико-абулического синдрома (гебефреническая, кататоническая, простая).
- ☐ При некоторых формах возможно удержание в социуме и сохранение работоспособности.



- Непрерывно-прогредиентный (непрерывный) (**F20.x1**)

Приступообразно-прогредиентный (шубообразный) тип течения

- ☐ Наличие ремиссий.
- ☐ Бредовая симптоматика возникает остро, манифестации бреда предшествуют упорная бессонница, тревога, страх сойти с ума.
- ☐ Бред в большинстве случаев несистематизированный, чувственный.
- ☐ Острый приступ продолжается несколько месяцев (до 6—8) и завершается исчезновением бредовой симптоматики, иногда появлением критики к перенесенному психозу.
- ☐ Ступенчатое нарастание дефекта личности.



• Приступообразно-прогредиентный
(F20.x2)

Периодический (рекуррентный) тип течения

- ☐ Наиболее благоприятный вариант.
- ☐ Интермиссии.
- ☐ Острое возникновение.
- ☐ Аффективные расстройства (мания или депрессия) преобладают над бредовыми.
- ☐ Онейродная кататония.
- ☐ Часто 1-2 приступа.



- Рекуррентный (периодический)
(F20.x3)

Спасибо за внимание!!!



Литература

1. Психиатрия: учебник/ Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. – 2002.
2. Психиатрия: учебное пособие/ Самохвалов В.П. - 2002.
3. Аффективные расстройства и нарушения ритма сердца: Монография/ Искендеров Б.Г. – 2011.
4. Оксфордское руководство по психиатрии/ Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. – 1999.
5. Тиганов А. С., Снежневский А. В., и др. Аффективные расстройства // Руководство по психиатрии. — М.: Медицина, 1999. — Т. 1. — С. 555—635. — 712 с.
6. Полищук И.А. Шизофрения. Киев: Здоровье, 1976.