

* КАЗАХСТАНСКО РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КУРС: ПСИХИАТРИИ

СРС

Депрессия

Подготовила: Азермаханова Мадина

Факультет: Общая медицина

Курс: 5

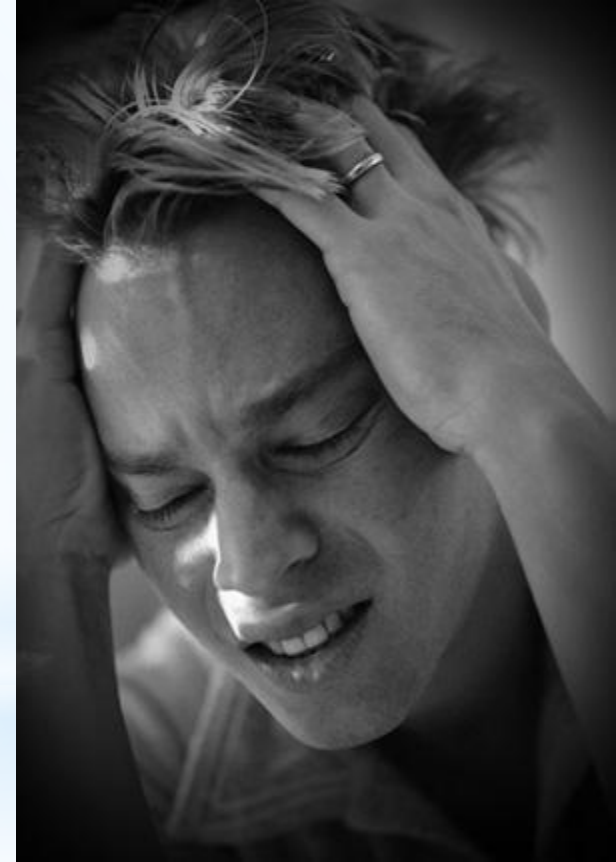
Проверила: Жусупова Э.Т.

* ПЛАН

- * Общие сведения
- * Клиническая картина
- * Этиология
- * Течение и прогноз
- * Диагностика депрессий
- * Лечение
- * Заключение

* I. Общие сведения

* Основные признаки депрессии были известны еще со времен Гиппократа. Тогда господствовала гуморальная теория депрессии, и она удивительным образом перекликается с современными представлениями о нейроэндокринных и медиаторных нарушениях при аффективных расстройствах.



* Депрессия и тревожные расстройства - одни из самых распространенных психических заболеваний у взрослых. Часто депрессивные приступы возникают внезапно, на фоне полного благополучия; в иных случаях они провоцируются психотравмирующими событиями, но далее симптоматика развивается независимо от внешних воздействий. Депрессия - это не просто выраженная форма несчастья или отчаяния; ее нельзя также путать с естественной реакцией утраты. Смертность, частота осложнений и нетрудоспособность при депрессии почти такие же, как при сердечно-сосудистых заболеваниях, и поэтому ее диагностика и лечение чрезвычайно важны.



* II. Клиническая картина

* Основные симптомы

- ✓ полное отсутствие жизненных интересов,
- ✓ чувства удовлетворения и удовольствия от чего бы то ни было,
- ✓ нарушение аппетита и сна, упадок сил, снижение концентрации внимания и полового влечения,
- ✓ чувство собственной неполноценности и вины, повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве.
- ✓ Обычно отмечается психомоторное возбуждение или заторможенность

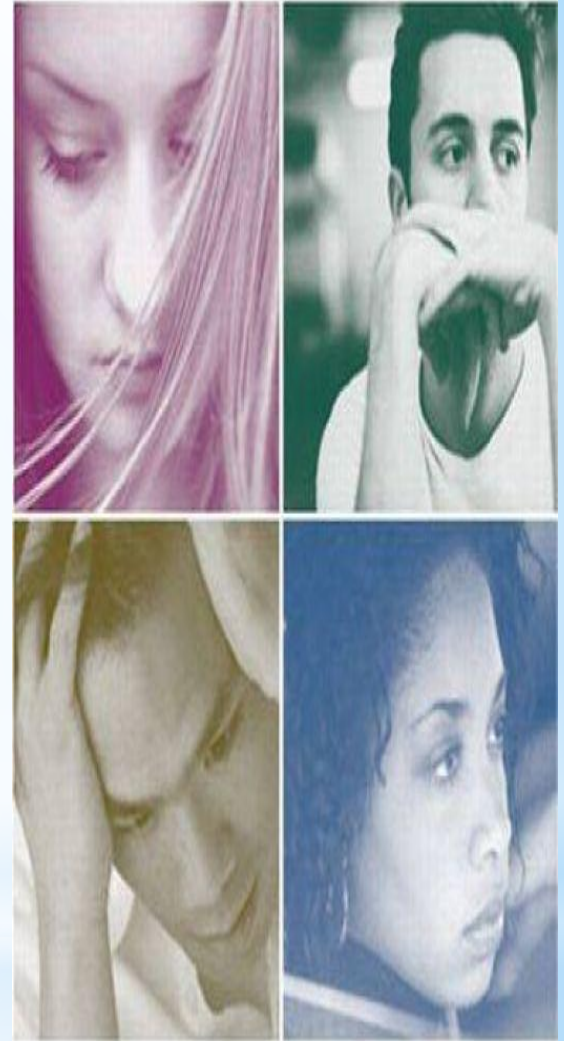


* Для постановки диагноза депрессивного приступа (в DSM-IV - большого депрессивного эпизода) длительность симптоматики должна составлять не менее двух недель.

*** При особо тяжелой депрессии, иногда называемой меланхолией, особенно выражены объективные симптомы - потеря веса, ранние утренние пробуждения и др.**

*

Возможны атипичные формы депрессии. Некоторые больные, чаще подростки и пожилые, не высказывают жалоб и даже отрицают, что у них подавленное настроение. Вместо этого депрессия может проявляться нарушениями поведения - в частности, асоциальным поведением у подростков или множественными неопределенными соматическими жалобами. Нередко отмечаются приступы плача или постоянная слезливость. Иногда, напротив, больные не могут плакать несмотря на чувство отчаяния и тоску. Аппетит обычно снижен, но возможно (особенно при наличии атипичных признаков), напротив, повышение аппетита и увеличение веса. Нарушения сна также варьируют: типичный симптом - ранние утренние пробуждения, но некоторые, напротив, дольше спят ночью (гиперсомния) и испытывают сонливость днем.



* *Дистимия - это хроническое нарушение, характеризующееся подавленным настроением (или раздражительностью у детей) большую часть времени на протяжении как минимум двух лет (у детей и подростков - 1 года). В периоды подавленного настроения возможны снижение или повышение аппетита, бессонница или гиперсомния, упадок сил и утомляемость, чувство неполноценности, нарушение концентрации внимания, нерешительность, чувство безнадежности. В отличие от депрессии, дистимия обычно ведет лишь к незначительной или умеренной социальной дезадаптации, однако из-за хронического течения она предрасполагает к злоупотреблению психотропными препаратами и алкоголем, возможно, в связи с попытками избавиться от плохого настроения.*

*** Б. ДИСТИМИЯ**

* Объективные проявления также менее выражены, чем при депрессии: значительное исхудание или психомоторная заторможенность либо возбуждение наблюдаются редко. Суицидальные намерения и психотические симптомы для неосложненной дистимии нетипичны, однако могут наблюдаться при развитии на ее фоне депрессивного приступа ("двойная депрессия").



- * на первичную (не обусловленную хроническими неаффективными расстройствами) и
- * вторичную, а также на
- * *раннюю и позднюю*. Ранняя дистимия начинается до 21 года. Возможно, ранняя первичная дистимия - это отдельное заболевание.

*** Дистимию подразделяют:**

* III. Распространенность

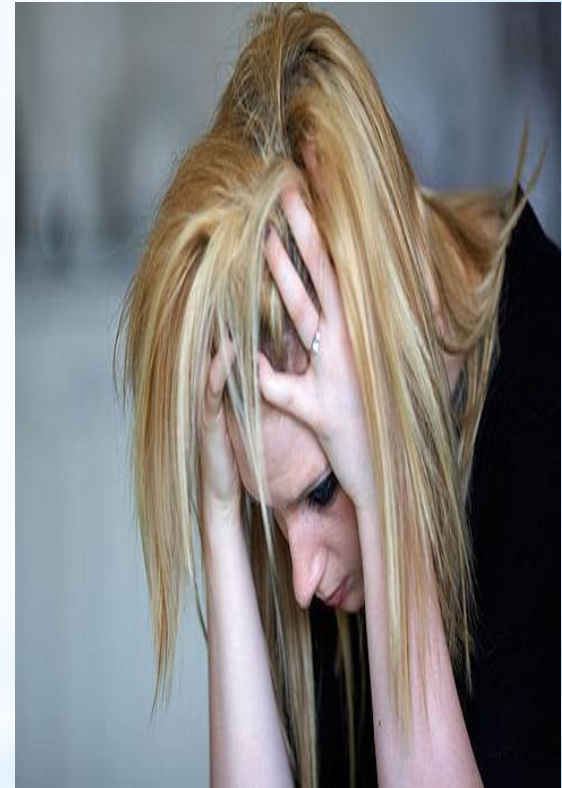
* Распространенность МДП у мужчин и женщин примерно одинакова, а монополярная депрессия, по данным большинства исследований, у женщин наблюдается почти в два раза чаще. В мире монополярная депрессия встречается у 4,7-25,8% женщин и 2,1-12,3% мужчин. Обширное кооперированное исследование ЕСА (Epidemiological Catchment Area - статистические данные центров медицинского обслуживания населения), проведенное в США, показало, что вероятность развития в течение жизни хотя бы одного депрессивного приступа (по критериям DSM-III) составляет 4,9-8,7% у женщин и 2,3-4,4% у мужчин. Большинство международных исследований свидетельствует, что эти различия не являются артефактом, связанным с половыми различиями в отношении к своему здоровью и лечению, но обусловлены биологическими и онтогенетическими различиями мужчин и женщин.

* Этиология

*

А. Психосоциальные теории.

* Депрессию, особенно у женщин, могут провоцировать различные психосоциальные факторы. Они включают отсутствие близких связей, семейные ссоры или развод, отсутствие занятий вне дома, потерю матери в возрасте до 11 лет, наличие в семье более трех детей до 14 лет, недавнюю смерть или болезнь близких. На симптоматику депрессии могут влиять этнические и культурные факторы: например, у американских негров галлюцинации и бред развиваются чаще, чем у белых той же социально-экономической группы



* Б. Биологические теории.

* За последние тридцать лет интенсивно изучались биохимические и нейроэндокринные механизмы депрессии. Тем не менее пока нет единой биологической теории, которая охватывала бы все экспериментальные данные. Показано, что как МДП, так и монополярная депрессия имеют наследственный компонент. В большинстве близнецовых исследований выявлено независимое наследование этих заболеваний (например, если один из однояйцевых близнецов страдает монополярной депрессией, то при развитии депрессии у другого близнеца она обычно также бывает монополярной). Однако в некоторых парах наблюдаются и монополярная депрессия, и МДП, что может свидетельствовать об общей генетической предрасположенности к этим заболеваниям. В генетических и хромосомных исследованиях не была выявлена моногенная предрасположенность к монополярной депрессии. Возможно, она представляет собой целую группу заболеваний. Среди родственников больных монополярной депрессией распространенность этого заболевания составляет 11-18%, что в три раза больше, чем среди населения в целом.

* В настоящее время наиболее обоснована серотонинергическая концепция депрессии. Во многих работах показана связь между сниженной активностью серотонинергических систем и монополярной депрессией (см. табл. 22.2). Возможно, эффекты антидепрессантов частично обусловлены десенситизацией 5-HT₂-рецепторов. Имеются также немногочисленные данные о том, что у некоторых больных депрессией повышена чувствительность пресинаптических альфа₂-адренорецепторов, тормозящих выброс норадреналина. Это может приводить к недостаточному высвобождению данного медиатора. Определенную роль может играть повышенная активность холинергических систем (известно, что передозировка М-холиноблокаторов приводит, напротив, к эйфории).

*** Механизм депрессии**

* Длительность приступа. Примерно в 60% случаев приступ заканчивается за 6 мес. Из остальных больных примерно у 30% наступает ремиссия в течение последующих 6 мес. У 15% из тех, у кого приступ длится больше года, он заканчивается в пределах следующих 6 мес. Наконец, если приступ длится более 18 мес, только в 10% случаев ремиссия наступает в течение следующих 6 мес. Таким образом, чем дольше на фоне лечения сохраняются симптомы депрессии, тем ниже вероятность выздоровления.

* **Течение и прогноз**

* Обострением обычно (хотя не всегда; см. ниже) называют ухудшение состояния во время текущего приступа, а рецидивом - новый приступ. Согласно мало обоснованной, но достаточно распространенной точке зрения, ухудшение в первые **6** мес ремиссии считается обострением, а в последующем - рецидивом.

Чаще всего обострения возникают в первые месяцы ремиссии, затем их вероятность заметно снижается. Если остаточные явления депрессии сохраняются к моменту отмены антидепрессантов, то вероятность обострения выше.

Мнения о частоте рецидивов расходятся из-за того, что понятия "ремиссия", "обострение" и "рецидив" часто трактуют по-разному.

* Обострение и рецидив

- * Диагностика основана на клинических данных
- * **А. Психологическое тестирование.** При монополярной депрессии повышены показатели по шкале депрессии Миннесотского многофакторного личностного опросника **(MMPI)**. Имеются данные, что это коррелирует и с повышенным риском самоубийства. Типичные отклонения по Векслеровской шкале интеллекта для взрослых **(WAIS-R)** - существенное превышение балла для вербальных навыков над общим баллом. Больные часто отказываются отвечать на вопрос или говорят: "Я не знаю". При выполнении теста Роршаха характерно длительное латентное время ответа на предъявляемые таблицы, снижено количество ответов на полихромные таблицы. При тематическом апперцепционном тесте ответы краткие, стереотипные, преимущественно описательные.

* Диагностика депрессий

* В 80-х годах большие надежды возлагались на дексаметазоновый тест (см. гл. 22, п. IV.Б), который казался достаточно простым, специфичным и чувствительным. Однако последующие исследования и результаты клинических испытаний не оправдали этих ожиданий. Патологический дексаметазоновый тест может наблюдаться при различных соматических, неврологических и психических заболеваниях, например при синдроме Кушинга, нервной булимии, болезни Альцгеймера и алкоголизме, а также при беременности.

2. В многочисленных исследованиях с применением позитронно-эмиссионной томографии, КТ и МРТ выявлены как функциональные, так и структурные изменения при монополярной депрессии.

* Б. Лабораторные и инструментальные исследования

* Дифференциальный диагноз

* **А. Многие соматические заболевания** сопровождаются симптоматикой, сходной с депрессией и дистимией (см. табл. 22.4). В исследовании 755 больных, проведенном психиатрической консультативной службой клиники общего профиля, почти у 40% депрессия была вторичной. Самыми частыми причинами были инсульт, болезнь Паркинсона, волчаночный артериит головного мозга и ВИЧ-инфекция.

Б. Основные психические расстройства и состояния, с которыми дифференцируют монополярную депрессию или дистимию, - это нормальная реакция утраты (см. гл. 6), психопатии (см. гл. 24), расстройства адаптации, шизоаффективный психоз (см. гл. 23, п. II и гл. 27, п. III.Б), депрессия при шизофрении (см. гл. 27), тревожные расстройства (см. гл. 25, п. IV) и соматоформные расстройства (см. гл. 3, п. I.Б).

* А. Психотерапия.

- * 1. Психодинамическая психотерапия
- * 2. Недирективная психотерапия
- * 3. Рациональная психотерапия
- * 4. Межличностная психотерапия,

* Б. Медикаментозное лечение

- * 1. *Трициклические антидепрессанты*
 - * 1) амитриптилина
 - * 2) Дезипрамин
 - * 3) Нортриптилин
 - * 4) Имипрамин



* **Лечение**

* Психодинамическая психотерапия.

* Беллаком были разработаны основные принципы кратковременной психодинамической терапии при депрессиях, не обусловленных психозами (на практике такая терапия часто оказывается довольно продолжительной). По Беллаку, десять важнейших психических проявлений, подлежащих исследованию и коррекции, - это самооценка, наказующие потребности "Супер-Эго", самобичевание, чувство утраты, гнев и неудовлетворенность, разочарование в межличностных взаимоотношениях, неудовлетворенная потребность в зависимости ("оральные потребности"), нарциссизм, отрицание скрытого гнева и все межличностные отношения, включая перенесение. Классический психоанализ при выраженной депрессии, особенно с психотическими проявлениями, не показан.



2. Недирективная психотерапия

основана на гуманистических концепциях Роджерса, Маслоу и Перлса. Больной высказывает свои мысли и чувства, а психотерапевт не навязывает ему своих интерпретаций, но лишь помогает разобраться в себе. Важным условием лечения служит эмпатия - умение психотерапевта поставить себя на место больного, посмотреть на мир его глазами и испытать его чувства. Основное внимание уделяется текущей ситуации, а не раннему опыту и не подсознанию. Контролируемых испытаний, подтверждающих эффективность этого метода при депрессии, мало.

* 3. Рациональная психотерапия

* разработанная Бекком и Эллисом, направлена на устранение иррациональных идей, часто высказываемых больными депрессией (см. гл. **22**, п. **IV.A**). Созданы руководства по рациональной психотерапии, облегчающие сравнительные исследования ее эффективности и в известной степени позволяющие применять ее более гибко и индивидуально. В большинстве работ была подтверждена эффективность рациональной психотерапии (в том числе с элементами поведенческой) при депрессии; контролем служили больные, не получающие или получающие минимальную психотерапию.



Терапия депрессии

ТЦА (амитриптилин, анафранил, мелипрамин)

Бредовая или ступорозная депрессия

Дефицит ДА

СИОЗСН (VELOФАКС), ОИМАО (ПИРАЗИДОЛ)

Классическая депрессия

Дефицит НА

СИОЗС (ФЕВАРИН, РЕКСИТИН, ПРОЗАК)

Дистимия, маскированная депрессия,
астеническая депрессия

Дефицит СТ

Коаксил, гептрал

Депрессивные реакции

Дефицит СТ

* 4. Межличностная психотерапия

* разработанная Клерманом, Вейсманом и соавт., основана на предположении, что депрессия существенно зависит от межличностных отношений. Лечение направлено на то, чтобы облегчить эти отношения, улучшить социальную адаптацию и повысить коммуникабельность, уменьшить скрытность и тем самым дать больному возможность выражать свои мысли и чувства. Раннему опыту, подсознанию, самопознанию большого внимания не уделяется. Имеется руководство по межличностной психотерапии

* Трициклические

* Основные побочные эффекты трициклических антидепрессантов – это седативный, **M**-холиноблокирующий и сердечно-сосудистые (см. табл. 22.6). Последние включают ортостатическую гипотонию, тахикардию и нарушения ритма сердца (в том числе пируэтную желудочковую тахикардию) из-за хинидиноподобного действия. Это действие заключается в замедлении АВ- и внутрижелудочкового проведения и проведения по ножкам пучка Гиса, удлинении потенциала действия клеток миокарда (удлинение интервала **QT** на ЭКГ); в этом отношении трициклические антидепрессанты сходны с антиаритмическими средствами класса **Ia**. Нейрохимические механизмы всех этих эффектов изучены недостаточно, однако возможны некоторые обобщения экспериментальных и клинических данных: **1)** у третичных аминов (амитриптилина, имипрамина) седативный и **M**-холиноблокирующий эффекты и способность вызывать ортостатическую гипотонию выражены сильнее, чем у вторичных (дезипрамин, нортриптилин); **2)** седативный эффект и увеличение веса обусловлены сродством к гистаминовым **H1**-рецепторам; **3)** имеется умеренная корреляция между способностью вызывать ортостатическую гипотонию и сродством к альфа 1 -адренорецепторам; **4)** аритмогенное действие может коррелировать с наличием и концентрацией гидроксиглированных метаболитов, особенно у пожилых; **5)** нарушения половой функции обусловлены множеством факторов, но, возможно, зависят главным образом от серотонинергических эффектов трициклических антидепрессантов.

* Дезипрами

- * обладает наименьшим **M**-холиноблокирующим и седативным действием. Из-за невыраженности последнего в первые недели лечения возможны возбуждение и бессонница, особенно у больных с сопутствующими паническими приступами. В связи же со слабым **M**-холиноблокирующим действием дезипрамин меньше, чем прочие трициклические антидепрессанты, вызывает сухость во рту, запоры, нечеткость зрения, задержку мочи. Сердечно-сосудистые эффекты обычны для трициклических антидепрессантов (тахикардия, ортостатическая гипотония, нарушения ритма сердца), но сравнительно слабые, хотя возможны резкие падения АД. Дезипрамин не показан при выраженном возбуждении и бессоннице. В таких случаях лучше назначать средства с сильным седативным действием, особенно в первые недели лечения. Однако нет убедительных данных о том, зависит ли вероятность ремиссии от соответствия антидепрессанта клинической картине: даже при выраженном возбуждении и бессоннице ремиссия при лечении дезипрамином наступает так же часто, как при лечении amitриптилином.

- ***1** При выборе трициклического антидепрессанта учитывают, какие препараты данной группы принимал больной ранее, какой из них он считает наилучшим, как реагируют на различные трициклические антидепрессанты члены его семьи.
- ***2) Дозы.** Средняя доза - **175-300** мг/сут внутрь имипрамина или эквивалентного ему препарата. Дозу имипрамина обычно постепенно увеличивают до **3,5** мг/кг/сут, если при более низких дозах не наступает значительное улучшение или не возникают побочные эффекты

* **Применение**

* **M**-холиноблокирующее и седативное действие наибольшее из всех трициклических антидепрессантов; в этом отношении он по сравнению с дезипрамином находится как бы на другом полюсе (есть данные о том, что у доксепина седативный эффект столь же выражен). Амитриптилин часто оказывает не только периферическое, но и центральное

* **амитриптилин**

* Атипичная, сезонная и другие формы депрессии

* Диагностические критерии атипичной депрессии

*

Реактивные (не автономные) колебания настроения, эмоциональная лабильность,

* дисфория,

* чрезмерная обидчивость,

* острая реакция на критику.

* Выраженная тревожность (тревога при расставании, панические приступы).

* Истерические черты (драматизация реакций на разочарования, перемены и потери).

* Навязчивые страхи.

* Утомляемость, сонливость, тяжесть в руках и ногах. Парадоксальные симптомы - ухудшение настроения во второй половине дня, повышение аппетита (прием пищи для успокоения), повышение веса. Трудность засыпания, часто сочетающаяся с гиперсомнией.

* Отсутствие нарушений личности до начала заболевания. Психосоматические жалобы или ипохондрия

* Депрессия (от лат. **deprimo** — «давить», «подавить») — психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и так далее), двигательной заторможенностью. При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности. В некоторых случаях человек, страдающий ею, может начать злоупотреблять алкоголем или иными психотропными веществами.

Вывод

Личко. А.Е Особенности депрессий и депрессивные подростковые эквиваленты // Подростковая психиатрия. – Медицина, 1985. – 416 с.

Учебник по психиатрии Р. Шейдера

↑ [Тиганов, 1999](#), *Депрессивные состояния*, с. 563

Глушков, Андреева, Алеева. [Депрессии в
общемедицинской практике](#)

Интернет ресурсы GOOGLE. KZ

* Литература