

ДЕПРЕССИЯ

Депрессия – одно из наиболее распространенных расстройств, встречающихся как в психиатрической, так и в общесоматической практике (3-6% в популяции).

В МКБ введено понятие «депрессивный эпизод». Это единица, которая измеряет расстройство.

Критерии депрессивного эпизода:

1) снижение настроения, очевидное по сравнению с нормой пациента, преобладающее почти ежедневно, большую часть дня и продолжающееся не менее двух недель вне зависимости от ситуаций;

2) отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;

3) снижение энергии и повышенная утомляемость.

В качестве дополнительных выделяют следующие критерии:

4) снижение способности к сосредоточению и вниманию;

5) снижение самооценки и увеличение неуверенности, идеи виновности и самоуничижения;

6) мрачное видение будущего;

7) идеи, касающиеся самоповреждения и суицида;

8) нарушенный сон и аппетит.

Если есть совпадение с картиной пациента на 100% - это большой депрессивный синдром. Как правило, депрессивный эпизод заканчивается выздоровлением, но в 30% случаев — это состояние ремиссии.

Депрессивный эпизод часто сопровождается соматическими расстройствами. Это могут быть головные боли, боли спины, шеи, суставов. Бывает депрессия с психотическими симптомами.

Депрессивный эпизод легкой степени включает 1-2 основных или дополнительных симптомов.

Депрессивный эпизод средней тяжести включает 1-2 основных и 1-2

дополнительных симптомов, сопровождающийся элементами социальной дезадаптации (не может ходить на работу/учебу).

Довольно характерна суточная ритмика депрессивных расстройств. Тоска и апатия достигают обычно максимальной выраженности в утренние часы, тревога более вариабельна и нередко усугубляется к вечеру.

В общем виде идеаторные расстройства при депрессивном синдроме характеризуются известной фиксированностью переживаний на определенной тематике, сужением объема свободных ассоциаций и изменением их темпа (чаще замедление). В отдельных тяжелых случаях настолько затруднено осмысление ситуации, нарушены память и внимание, что состояние напоминает картину слабоумия. В зависимости же от характера пониженного настроения имеются и некоторые особенности идеаторных расстройств.

Психомоторные депрессивные расстройства в еще большей степени, чем идеаторные, связаны с доминирующим настроением, что особенно наглядно прослеживается в экспрессии. Общая поведенческая и волевая активность, чаще всего, имеет тенденцию к снижению (гипобулия).

Наряду с основными «триадными» признаками в структуру депрессивного синдрома входят психопатологические феномены тесно спаянные с собственно эмоциональными расстройствами.

Соматопсихические и соматовегетативные нарушения занимают одно из первых мест по частоте встречаемости в картине депрессии. По своим клиническим проявлениям они разнообразны, изменчивы и тесно связаны с ведущим гипотимным состоянием. Они могут выступать в виде первых признаков начинающейся депрессии или, при недостаточно выраженной гипотимии, играть роль, так называемых, соматических эквивалентов. Депрессивный синдром включает в себя разнообразные соматоневрологические расстройства, основным проявлением которых (особенно в остром периоде) является т.н. триада Протопопова: тахикардия, мидриаз, запоры, что по существу указывает на нарушение деятельности автономной нервной системы в виде симпатикотонии. Соматическими проявлениями депрессии являются так

же аменорея, похудание, диспепсии, алгии и пр.

Значительное место в структуре депрессии может занимать депрессивная деперсонализация, основным проявлением которой следует считать «болезненную психическую анестезию», переживаемую как «скорбное бесчувствие», «чувство утраты чувств», обеднение, ущербность эмоциональной жизни. Наиболее распространенными и, как правило, наиболее значимыми для больных, являются переживания утраты естественных чувств к близким. Отмечаются так же чувство утраты: эмоционального отношения к окружающему вообще с безразличием к работе, к деятельности, к развлечениям; способности радоваться (ангедония), откликаемости на печальные события, способности к состраданию и пр. Особо мучительны переживания угнетения «витальных эмоций»: чувства голода, жажды, насыщения и удовольствия при приеме пищи, полового удовлетворения, чувства телесного комфорта, «мышечной радости» и утомления при физической нагрузке, естественного отрицательного эмоционального тона болевых ощущений. Часто присутствуют переживания: утраты чувства сна, «обезличенности», «чувство отсутствия мыслей», «речь без мыслей», «отрешенности» в общении, «бездушности» и пр. Наибольшая представленность деперсонализации такого рода присуща обычно депрессиям умеренной глубины, без выраженной заторможенности.

Одним из характерных признаков депрессии являются идеи малоценности и самообвинения. В зависимости от тяжести и клинического варианта депрессии, они могут проявляться в виде: а) психологически понятных переживаний заниженной самооценки и идей малоценности, которые могут быть не стойкими, изменчивыми, чаще зависят от ситуации, б) сверхценных идей, которые уже отличаются стойкостью, малой изменчивостью, потерей прямой связи с ситуацией, в) бредовых идей. По содержанию это могут быть идеи малоценности, самоуничужения, самообвинения, греховности, ипохондрии и пр.

Важное значение в диагностике депрессий могут иметь разнообразные

нарушения сна, характер которых тесно связан с характером гипотимии. При тоске – укорочение сна, раннее пробуждение, ощущение неполного «бодрствования» в утренние часы. При тревоге – затруднено засыпание, бессоница, сочетается с частыми пробуждениями среди ночи. При апатии – повышенная сонливость, поверхностный ночной сон.

Расстройства влечений так же характерное для депрессивного синдрома расстройство. Проявления зависят от ведущего аффекта. Так, например, при тоскливом и апатическом аффекте отмечается угнетение аппетита (часто в совокупности с отвращением к пище или отсутствием вкусовых ощущений), полового влечения (вплоть до полного угнетения). При тревожном же состоянии, напротив, может иметь место усиление влечений.

Особо следует остановиться на суицидальных проявлениях при депрессии.

По последним сводкам ВОЗ суициды, как причина смерти, занимает одно из первых мест наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологическими болезнями и несчастными случаями при ДТП. Одной из частых причин совершения суицида являются депрессии (до 15% депрессий завершаются суицидом).

Суицидальные тенденции при депрессии имеют разную степень оформленности, стойкости и интенсивности в зависимости от характера депрессии. Суицидальный риск выше в случаях депрессий легкой и средней степени выраженности, «открытых» для влияния средовых воздействий и личностных установок больных, в ранние предутренние часы, при начале и окончании депрессивной фазы. Преобладают мотивы, обусловленные реальными конфликтами, переживаниями собственной измененности, депрессивной деперсонализацией, ощущением душевной боли. В глубоких депрессиях суицидогенными являются бредовые идеи вины и ипохондрический мегаломанический бред (*синдром Котара - бредовые идеи ипохондрического содержания, часто в сочетании с идеями ущерба. Больные жалуются на то, что у них отсутствует сердце, высохла кровь и т.п., могут утверждать, что*

у них нет мыслей, чувств, называют себя «мумией», «живым трупом». Иногда бред проецируется и на окружающих. Описал в 1880 г. французский психиатр Kotard). На высоте развития депрессивного состояния возможны импульсивные суициды. Суицидальные попытки чаще совершаются при тревожно-тоскливом аффекте, на начальных этапах развития депрессивных фаз, у больных с астеническими, сензитивными и истероидными чертами личности в преморбиде.

Депрессивные состояния могут проявляться в различной степени – от легких (субдепрессия) до тяжелейших состояний в виде психоза. В зависимости же от сочетания и (или) доминирования в клинической картине разных компонентов самой «триады» и «не триадных» проявлений выделяют разнообразные клинические варианты депрессивного синдрома. Наиболее распространены следующие варианты.

А) Меланхолическая (тоскливая, «классическая», эндогенная) депрессия включает в себя триаду в виде : а) болезненно пониженного настроения в виде тоски; б) замедленного темпа мышления; в) психомоторной заторможенности (вплоть до депрессивного ступора). Гнетущая, безысходная тоска переживается как душевная боль, сопровождающаяся тягостными физическими ощущениями в области сердца, эпигастрия («предсердечная тоска»). Настоящее, будущее и прошлое видятся мрачными, все утрачивает смысл, актуальность. Стремление к деятельности отсутствует. Моторные (экспрессия) расстройства при тоскливой депрессии предстают в виде: грустного или даже застывшего взгляда, страдальческой мимики («маска горя»), понурой позы, застывшей позы (депрессивный ступор), опущенных рук и головы, взгляда, устремленного в пол. По своему внешнему виду эти больные выглядят сильно постаревшими (для них характерно понижение тургора кожи, что делает кожу морщинистой). Могут наблюдаться суточные колебания состояния – вечером легче, чем утром. Характерны идеи (вплоть до бредовых) самоуничтожения, виновности, греховности, ипохондрические. Могут возникать суицидные мысли и тенденции, которые свидетельствуют о крайней тяжести депрессии.

Расстройства сна проявляются бессонницей, неглубоким сном с частыми пробуждениями в первой половине ночи, нарушением чувства сна. Меланхолическая депрессия включает в себя разнообразные соматоневрологические расстройства, основным проявлением которых (особенно в остром периоде) является т.н. триада Протопопова. Так же могут встречаться: нарушение сердечного ритма, выраженное похудание (до 15-20 кг за короткий срок), алгии, у женщин — нарушение менструального цикла, часто аменорея. Выражено угнетение сферы влечения: отсутствие аппетита и (или) вкуса пищи, угнетение половой функции, понижение инстинкта самосохранения (суицидальные тенденции). Иногда ступор сменяется внезапно приступом возбуждения – взрыв тоски (меланхолический раптус). В этом состоянии больные могут биться головой о стенку, вырвать себе глаз, расцарапать лицо, выпрыгнуть в окно и т.п. Меланхолический синдром характерен для клинической картины маниакально-депрессивного психоза, аффективных приступов при шизофрении.

Б) Тревожная депрессия характеризуется депрессивной триадой, с переживанием тревоги и двигательным беспокойством, вплоть до двигательного возбуждения (ажитированная депрессия). Идеаторные расстройства при тревоге характеризуются: ускорением темпа мышления, с неустойчивостью внимания, постоянными сомнениями, прерывистой, иногда малоразборчивой речью (вплоть до вербигераций — беспрестанного стереотипного повторения одних и тех же слов или целых фраз и оборотов (стереотипия речи)), беспорядочными, хаотическими мыслями. Больные высказывают идеи самообвинения, каются в «неправильных» поступках прошлого, мечтают, стонут. Переживания, в большей степени, ориентированы на будущее, которое представляется ужасным, опасным, тягостным. При тревожной депрессии взгляд беспокойный, бегающий, с оттенком напряженности, мимика изменчива, напряженная сидячая поза, с покачиванием, теребением пальцев рук, при выраженной тревоге — неусидчивость. На высоте тревожных и ажитированных депрессий особенно высок риск совершения

суицидных попыток. Ажитированная и тревожная депрессии не имеют нозологической специфичности, но следует отметить, что у больных пожилого возраста они встречаются чаще.

В) При апатической депрессии на первый план выступают отсутствие или снижение уровня побуждений, интереса к окружающему (в тяжелых случаях к жизни вообще), эмоционального реагирования на происходящие события, безразличие, снижение жизненного тонуса или анергия (анергическая депрессия), недостаточность волевых импульсов с невозможностью преодолеть себя, сделать усилие над собой, принять определенное решение (абулический вариант). У таких больных в состоянии доминирует психическая инертность, «душевная слабость», «жизнь по инерции». Идеаторные расстройства при апатической депрессии характеризуются: обеднением ассоциаций, снижением их яркости и чувственной окраски, нарушением способности фиксации и произвольной направленности внимания и мышления. Идеи малоценности или вины наблюдаются не часто, доминирует чувство жалости к себе и зависти к окружающим. Экспрессия при апатической депрессии: взгляд равнодушный, спокойный, малоподвижный. сонливый, замедлена игра лицевых мышц, мимика скуки, равнодушия, безразличия, движения вялые, расслабленные, замедленные. Сомато-вегетативные симптомы выражены слабо. Суицидальные тенденции редки. У некоторых из этих больных отмечается еще и психомоторная заторможенность с замедлением движений, речевой продукции, они перестают следить за собой, залеживаются в постели, иногда полная обездвиженность (ступор). Такие депрессии обозначают как адинамическая (заторможенная) депрессия.

Г) Астено-депрессивный синдром – характеризуется неглубоко выраженными симптомами депрессивной триады и выраженными астеническими расстройствами в виде повышенной утомляемости и истощаемости, раздражительной слабости, гиперестезии. Астено-депрессивные синдромы встречаются при очень широком круге заболеваний непсихотического уровня.

Д) При депрессивно-ипохондрическом синдроме триада депрессивных симптомов выражена не ярко, больше представлены соматические симптомы депрессии. Кроме того больные высказывают убеждения в том, что они страдают тяжелым, неизлечимым соматическим заболеванием, в связи с чем активно посещают и обследуются в медицинских учреждениях. Депрессивно-ипохондрические синдромы встречаются при широком круге заболеваний.

Е) Депрессивно-параноидный синдром – депрессивные симптомы могут иметь разную степень выраженности, вплоть до глубокой заторможенности, но при этом больные переживают тревогу, формулируют бредовые идеи преследования, отравления, которые имеют склонность к систематизации. Этот синдром не обладает нозологической специфичностью.

Ж) Синдром Котара (меланхолическая парафрения) – это сложный депрессивный синдром, включающий депрессивные переживания и ипохондрические идеи, имеющие характер громадности и отрицания. Больные считают себя великими грешниками, им нет оправдания на Земле, из-за них страдает все человечество и т.п. При нигилистическом бреде Котара больные высказывают ипохондрический бред — у них гниют все внутренности, кости, от них ничего не осталось, они заражены «страшной» болезнью и могут заразить весь мир и пр. Синдром Котара встречается редко, преимущественно, в клинике шизофрении, инволюционной меланхолии.

З) Депрессивно-деперсонализационный синдром («скорбное бесчувствие») – вариант депрессивного синдрома, в клинической картине которого, ведущее место занимает депрессивная деперсонализация.

К) Основное место в картине т.н. атипичных («маскированных», «ларвированных», «вегетативных», «соматизированных», скрытых) депрессий занимают соматопсихические, соматовегетативные нарушения или же другие психопатологические «маски». При этих вариантах депрессий собственно пониженное настроение присутствует в стертом виде или вовсе отсутствует (тогда говорят о «депрессии без депрессии»). Наибольшее значение имеют проявления в виде соматических «масок». Эти состояния чаще всего

наблюдаются в амбулаторной практике врачей других специальностей с предъявлением только соматических жалоб (до 60-80 % депрессивных больных не попадают из-за этого в поле зрения психиатров). По данным разных авторов, такие депрессии составляют около 10-30% всех хронических больных общемедицинской практики. О принадлежности этих состояний к депрессиям можно судить по: а) фазности течения, сезонным, весенне-осенним возобновлением б) суточным колебаниям симптоматики, в) наследственной отягощенности аффективными расстройствами, г) наличие аффективных (маниакальных и депрессивных) фаз в анамнезе, д) отсутствию органических причин страдания, подтвержденных объективным обследованием («негативная» диагностика), е) многолетнее наблюдение у врачей другой специальности с отсутствием терапевтического эффекта от длительного лечения соматотропными препаратами и ж) положительному терапевтическому эффекту от применения антидепрессантов. Чаще встречаются в практике депрессии с расстройствами сердечно-сосудистой и дыхательной систем, часто квалифицируемые терапевтами, например как ВСД или НЦД. Реже встречаются «маски» желудочно-кишечной патологии в виде разнообразных диспептических проявлений и болей в области живота. Так же в рамках таких депрессий описываются: периодическая бессонница, люмбаго, зубная боль, сексуальные дисфункции, экземы и др.