

Красноярский государственный Медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Кафедра Психиатрии и наркологии с курсом ПО

Тема: Постшизофреническая депрессия

Выполнил: Супрунов А.А.,

Врач-ординатор

Проверил: Березовская М.А.,

Доктор медицинских наук,

Доцент.

Красноярск 2019

Содержание

1. Введение-----	3
2. История -----	4
3. Причины -----	5
4. Депрессии в психиатрии -----	6
5. Постшизофренические депрессии-----	7
6. Типы постшизофренических депрессий-----	8
7. Выводы -----	11
9. Список литературы-----	15

Введение

Депрессия (от лат. *deprimo* — «давить», «подавить») — это психическое расстройство, характеризующееся депрессивной триадой: снижением настроения, утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и т. д.) и 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.

Как психическое расстройство является нарушением аффекта. Депрессии поддаются лечению, тем не менее, в настоящее время именно депрессия — наиболее распространённое психическое расстройство. Ею страдает 10 % населения в возрасте старше 40 лет, из них две трети — женщины. Среди лиц старше 65 лет депрессия встречается в три раза чаще.

Для выявления депрессии часто используют тесты на депрессию — шкалу Занга и опросник большой депрессии.

История

Современное понятие депрессии схоже с более давним понятием меланхолия. Понятие меланхолии берёт начало от «чёрной желчи», одного из «четырёх настроений», описанных Гиппократом.

Эберсовский папирус (один из важнейших медицинских трактатов древнего Египта) также содержит короткое описание депрессии. Хотя информация на папирусе полна ритуальных обрядов и запутанных рецептов по изгнанию порождающих болезнь демонов и прочей нечисти, она также свидетельствует о долгой эмпирической практике и наблюдении.

Предполагается, что основная функция депрессии — принудить индивидуума изменить «неправильную» линию поведения. Однако упорно не желающие переосмыслить «бытие свое» и отношение к жизни втягиваются в хроническую депрессию, вызывающую каскад биохимических реакций, активизирующих «суицидный» ген.

Причины

Депрессия может быть результатом драматических переживаний, например потери близкого человека, работы, общественного положения. В таких случаях речь идет о реактивной депрессии. Она развивается как реакция на некое внешнее событие, ситуацию. Если психологические или соматические причины депрессии отсутствуют или не очевидны, такая депрессия называется эндогенной, то есть как бы «происходящей изнутри» (организма, психики).

Моноаминовая теория связывает развитие депрессии с дефицитом биогенных аминов, а именно серотонина, норадреналина и дофамина.

У многих людей в бессолнечную погоду или у тех, кто находится в затемнённых помещениях, депрессия может возникать из-за отсутствия яркого света. Эту разновидность называют сезонной депрессией, ибо она наиболее часто наблюдается у больных осенью и зимой.

Склонность к депрессии бывает обусловлена генетически. Вероятно, острые депрессивные состояния возникают под влиянием составной части гена, ответственного за образование белка, транспортирующего серотонин.

Согласно некоторым теориям, депрессия иногда возникает при чрезмерной нагрузке мозга в результате стресса, в основе которого могут лежать как физиологические, так и психосоциальные факторы.

Депрессия может явиться результатом побочного действия многих лекарств. Чаще всего такая депрессия быстро проходит самостоятельно или излечивается после отмены соответствующего препарата. Нейролептические депрессии (возникающие вследствие приёма нейролептиков) могут длиться от нескольких месяцев до 1,5 лет, протекают с идеями самообвинения и носят витальный характер. Также депрессии могут быть соматическими или, точнее, соматогенными, то есть проявляться как следствие соматических заболеваний (например, болезни Альцгеймера, атеросклероза артерий головного мозга, черепно-мозговой травмы или даже обычного гриппа).

Депрессии в психиатрии

В современной психиатрии дискуссия в области систематики депрессий сводится к противопоставлению биологически обусловленных — эндогенных и понимаемых психосоциально — реактивных депрессий.

Очевидно, что нельзя полностью согласиться с мнением ряда исследователей об автономности и нечувствительности к средовым факторам эндогенных депрессий. Известна нередкая провоцируемость экзогенными моментами эндогенных депрессий и патопластическое влияние внешних факторов на определенных стадиях развития эндогенных депрессий.

Классическое понятие эндогенных депрессий предполагает аутохтонное развитие триады депрессивного состояния.

В настоящее время существует большое количество классификаций, построенных на разных принципах и имеющих неоднозначное теоретическое и практическое значение.

Одной из наиболее традиционных является классификация Р. Kielholz, в основу которой положен нозологический принцип; им выделяются органические, симптоматические, шизофренические, циклические,

невротические и реактивные депрессии, однако, автор обходит молчанием синдромологические состояния, характерные и наиболее типичные для отдельных нозологических форм.

Большинство современных классификаций повторяют по сути дела классификацию Кильхольца.

Распространенная в последнее время во Франции классификация депрессий П. Пишо подразделяет последние на первичные, к которым относятся эндоморфные и экзоморфные депрессии и вторичные, возникновение которых связано с соматогенными факторами, алкоголизмом и шизофренией.

ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

1. депрессивный эпизод, возникающий в резидуальной стадии либо в состоянии неполной ремиссии шизофрении и нередко проявляющийся картиной стертой депрессии или депрессии с преобладанием апато-абулической симптоматики;
2. депрессивная реакция личности на осознание факта перенесенного приступа шизофрении.

Первое упоминание о таких депрессиях как состояниях, которые могут следовать за перенесенным психотическим приступом, содержится в МКБ-9 (1977), в разделе "Шизофрения". Примерно в это же время, в DSM-III, подобные состояния рассматриваются среди "Аффективных расстройств". Спустя 10 лет в DSM-III— (1987) эти депрессии впервые обозначаются как "Большой депрессивный эпизод, накладывающийся на резидуальную шизофрению", но помещаются в подрубрике "Неспецифическое депрессивное расстройство", т.е. опять относятся к аффективным расстройствам, а не к проявлениям шизофрении. В следующей версии этой классификации, в DSM-IV (1994) указанные состояния по-прежнему рассматриваются как один из вариантов "Неспецифического депрессивного расстройства", но определяются уже как "Постпсихотическая депрессия", т.е. здесь допускаются более широкие возможности генеза этого расстройства,

акцентируется лишь его связь с психотическим состоянием, не обязательно ограниченного нозологией шизофрении. И только в МКБ-10 (1994) впервые введен термин "Постшизофреническая депрессия" (F20.4), которым обозначается определенное клиническое состояние в разделе "Шизофрения", непосредственно связанное по своему происхождению с предшествующим психотическим состоянием, отвечающим критериям шизофрении.

С учетом доминирования особенностей в структуре состояния была разработана клиническая типология ПШД, отражающая различия как в их прогнозе, так и терапевтическом ответе. Описано 6 типологических вариантов ПШД.

Типы постшизофренических депрессий

I тип ПШД — апато-динамическая депрессия: Депрессиям этого типа была свойственна атипичность всех трех компонентов депрессивной триады и видоизменение признака идеаторного торможения до расстройств мышления с признаками деперсонализации. Собственно расстройства настроения определялись здесь апатией или безразличием, а моторный компонент — адинамией. Выраженными были и абулические нарушения. Проявления витальности и суточного ритма были стертыми, а из "дополнительных" признаков депрессии имели место лишь отдельные сомато-вегетативные симптомы. ПШД I типа отличались монотонностью, постепенным литическим нарастанием и исчезновением симптомов, склонностью к затяжному течению. Их продолжительность достигала в среднем 6 месяцев.

II тип ПШД — динамическая депрессия: Для нее была характерна в первую очередь неравномерность представленности признаков депрессивной триады и атипичность преимущественно моторного компонента. В "плохом" настроении больных не было ни оттенка тоски, ни подавленности. Динамические проявления сочетались с явной моторной заторможенностью и выраженными расстройствами волевой сферы при том, что идеаторные нарушения не были определяющими.

Продолжительность таких депрессий составила в среднем 1,5 месяца.

III тип ПШД — тоскливо-динамическая депрессия: По особенностям проявлений депрессивной триады она была наиболее близкой к "классической". Собственно расстройства настроения определялись аффектом тоски, подавленности с переживанием никчемности и беспомощности. Идеаторные нарушения были выражены умеренно. Среди моторных проявлений преобладала не заторможенность, а адинамия. Эти депрессии выделялись значительным симптоматическим полиморфизмом, выраженностью сомато-вегетативных проявлений, наличием, хотя и нестойких, идей самоуничтожения и вины, суицидальными тенденциями. Депрессивные симптомы развивались здесь в достаточно короткий срок, но их редукция происходила значительно медленнее. Такие депрессии продолжались от 1,5 месяцев до 1,5 лет и характеризовались отчетливой волнообразностью течения.

IV тип ПШД — астено-ипохондрическая депрессия: При неравномерной представления компонентов депрессивной триады этим депрессиям была свойственна атипичность и видоизменение ее, главным образом, идеомоторных проявлений. На фоне отчетливо сниженного настроения, при отсутствии явной речевой и двигательной заторможенности на передний план выступали астенические жалобы на вялость, потерю "жизненных сил", быструю утомляемость. Среди нарушений в идеаторной сфере преобладали трудности концентрации внимания. Суточные колебания самочувствия проявлялись повышенной сонливостью в первой половине дня. Значительный удельный вес в структуре этих депрессий занимали сомато-вегетативные расстройства с ипохондрической фиксацией больных на различных соматических проявлениях и отклонениях физиологических функций, нередко приобретающих сенестопатический оттенок. Продолжительность таких депрессий колебалась от 1 до 4 месяцев. К моменту становления ремиссии и выписки из стационара у больных сохранялись отдельные астенические расстройства с ощущением профессиональной несостоятельности, неуверенности, тревоги за будущее, приводившие к повторной госпитализации.

V тип ПШД — психастено-фобическая депрессия: Особенностью депрессивного состояния в этих случаях была стертость проявлений всех трех компонентов депрессивной триады и одновременно их "психастеническая" окраска. Собственно настроение, субъективно

воспринимаемое больными как сниженное или подавленное, не сопровождалось витальной окрашенностью переживаний. В проявлениях идеомоторного торможения на первый план выступал депрессивный моноидеизм с фиксацией на собственной малоценности и рассосредоточенность внимания. Пессимистическая оценка будущего сочеталась с выраженной неуверенностью в себе, нерешительностью и сомнениями в правильности и обоснованности своих поступков и решений. Переживание ожидаемой несостоятельности и невозможность очертить собственные перспективы усугублялись тревожными опасениями конкретного содержания — за здоровье и судьбу близких, возможное повторение болезни, а также за последствия не связанных с ними лично событий. Депрессивные симптомы развивались здесь достаточно быстро, но их обратное развитие происходило постепенно. Эти состояния продолжались от 1 до 2 месяцев.

VI тип ПШД — дисфорическая депрессия с гетерогенными расстройствами: Она характеризовалась неравномерной представленностью депрессивной триады и выраженной атипией ее эмоционального и идеаторного компонентов. Проявления тимического компонента были стертными и сочетались с мрачно-злобным, дисфорическим аффектом. Идеаторные нарушения были видоизменены и в своих проявлениях приближались к так называемой "дезавтоматизации мышления" (И.В. Олейчик, ©1997). Изменения в моторной сфере определялись некоторой замедленностью движений и мимики. Характерными были также нестойкие ангедонические и абулические расстройства. Проявления витальности и суточного ритма, как правило, отсутствовали. Сомато-вегетативные признаки депрессии (нарушения сна, аппетита) были непостоянны. Картина депрессий усложнялась проявлениями соматопсихической (не болезненной) анестезии, сенестопатическими расстройствами. Описанные состояния субъективно переживались больными как мучительные, сопровождалась чувством отчаяния, суицидальным поведением с рациональным подходом к решению "уйти из жизни". Эти депрессии обычно развивались исподволь и отличались инертностью, затяжным течением (до 6 месяцев) и резистентностью к проводимой терапии.

Выделенные типы ПШД существенно различались по степени атипичности собственно депрессивных проявлений и соотношению первичных (дефицитарных) и "вторичных" негативных нарушений, связанных с депрессией.

ВЫВОДЫ

1. Депрессивные состояния, возникающие после завершения шизофренического психотического приступа и объединяемые в соответствии с критериями МКБ-10 понятием "постшизофреническая депрессия", по своей психопатологической и клинической характеристике представляются неоднородными и имеют разное прогностическое значение в картине заболевания.

2. Депрессивные состояния, обозначаемые как ПШД, характеризуются рядом общих клинико-психопатологических особенностей, отличающих их от циркулярных депрессий. Эти особенности определяют структурную сложность и специфику проявлений ПШД.

2.1. ПШД выделяются атипией проявлений депрессивной триады и неравномерной представленностью ее отдельных компонентов; стертой тимическим компонентом, признаком витальности и суточного ритма в проявлениях депрессивных расстройств; видоизменением феноменологических проявлений депрессии до психопатологических расстройств иного уровня (до так называемых "вторичных" негативных и расстройств мышления); сочетанием симптомов депрессии с психопатологическими расстройствами не депрессивного свойства, в том числе с обусловленными шизофреническим заболеванием остаточными психотическими и негативными симптомами.

2.2. В формировании особенностей психопатологической картины ПШД в разном сочетании принимают участие симптомы депрессии и негативные шизофренические расстройства, обуславливая разную степень атипичности депрессивных проявлений, свойственных ПШД. При этом, чем более атипичны проявления депрессивной триады и прежде всего ее эмоционального компонента, тем большим является участие первичных (дефицитарных) негативных расстройств в видоизменении симптомов депрессии и усилении степени их атипичности.

2.3. Типология ПШД, разработанная с учетом указанных особенностей депрессивной триады, "дополнительных" признаков депрессии, степени участия негативных расстройств в ее картине, клинически и прогностически наиболее информативна и включает 6 типологических вариантов, обозначенных как апато-динамическая (I тип), динамическая (II тип), тоскливо-динамическая (III тип), астено-ипохондрическая (IV тип),

психастено-фобическая (V тип), дисфорическая с гетерогенными расстройствами (VI тип) депрессии.

2.4. Выделенные типологические варианты ПШД существенно различались по степени атипичности психопатологических проявлений и доле участия негативных расстройств — первичных (дефицитарных) и "вторичных" (связанных с депрессией) в формировании их клинической картины. Наибольшей степенью атипичности психопатологических проявлений и значительным удельным весом первичных негативных расстройств характеризовались I и VI (апато-адинамический и дисфорический с гетерогенными расстройствами) типы ПШД. Структура II и IV (адинамического и астено-ипохондрического) типологических вариантов ПШД определялась умеренной степенью атипичности и меньшим удельным весом дефицитарных расстройств. Проявления III и V (тоскливо-адинамического и психастено-фобического) типов ПШД были наименее атипичными, формировались с наименьшим участием негативных расстройств, имевших преимущественно вторичное происхождение, и более всего соответствовали симптомам, типичным для циркулярных эндогенных депрессий.

3. Учитывая место, занимаемое ПШД относительно предшествующего шизофренического приступа, можно говорить о трех разновидностях динамики заболевания, при которых они формировались. Установленные разновидности динамики были тесно взаимосвязаны в своих проявлениях с предпочтительными для каждой из них типологическими вариантами ПШД.

3.1. При I разновидности динамики заболевания ПШД возникали на завершающем этапе предшествующего психотического приступа в ходе его обратного развития и определялись апато-адинамическими и дисфорическими с гетерогенными расстройствами депрессиями (I и VI типами ПШД).

3.2. При II разновидности динамики ПШД являлись основным проявлением самостоятельного приступа заболевания наиболее часто в форме адинамических и астено-ипохондрических депрессий (II и IV типологические варианты ПШД).

3.3. При III ("смешанной") разновидности динамики ПШД представляли собой впервые возникшее в течении заболевания аффективное состояние в рамках самостоятельного приступа, непосредственно или спустя некоторое время сменявшего психотическое состояние. Здесь клиническая картина

ПИЩ целиком определялась тоскливо-адинамическими и психастено-фобическими депрессиями (III и V типами ПШД).

4. ПШД по своей клинической сущности следует рассматривать как неотъемлемую часть динамики шизофренического процесса, которая встречается на разных его этапах и не может быть расценена как клинически независимое от него психопатологическое образование.

4.1. Разновидности динамики заболевания, в рамках которого развивается ПШД, тесно взаимосвязаны с характеристиками основных его параметров — от особенностей личностного склада и других клинических проявлений доманифестного этапа до синдромальной оценки расстройств в предшествующем психотическом приступе, определяющими степень прогрессивности заболевания в целом и форму его течения.

4.2. При I разновидности динамики ПШД развивались в рамках приступообразно-прогрессивной шизофрении с преимущественно аффективно-параноидным и галлюцинаторно-параноидным синдромами в приступе. При II разновидности динамики ПШД формировались при шизоаффективном варианте шизофрении в основном с маниакально-параноидной картиной приступов. ПШД как III разновидность динамики заболевания, наблюдались при приступообразной, близкой к периодической, форме шизофрении, с синдромами острого чувственного бреда, определявшими приступ.

4.3. Картины аффективных расстройств на доманифестном этапе и характер своеобразия их симптомов были сопоставимы со свойствами типологических вариантов ПШД как по психопатологическим проявлениям, так и по особенностям их атипичности.

5. Клинико-психопатологическая дифференциация ПШД, проведенная с учетом выраженности атипичности в проявлениях ПШД и места, занимаемого ПШД относительно манифестного психотического приступа, отражает определенную информацию о клинических особенностях заболевания в целом и подтверждает прогностическую значимость разработанной типологии ПШД.

5.1. Клинические особенности ПШД и факт их формирования в рамках шизофрении как текущего заболевания делают правомерным уточнение терминологического обозначения этих депрессий как

"постшизофренических". В соответствии с установленной клинической сущностью этих состояний более адекватным представляется использование названия "постпсихотические депрессии при шизофрении".

6. Представленная клиническая типология и разновидности динамики заболевания, по клиническим закономерностям которых развивается ПШД, определяют неоднозначность подхода к выбору их терапии, эффект которой отражает разную степень тяжести нарушений психической деятельности в рамках каждой из клинических групп ПШД и степень прогрессивности заболевания в целом.

6.1. Сформулированные принципы дифференцированного подхода к ПШД создают новые возможности для организации оптимальных лечебно-реабилитационных мероприятий больным ПШД. Они включают комплексность терапевтических воздействий, обеспечивающих редукцию всех компонентов таких состояний, и их дифференцированность в зависимости от типа ПШД и разновидностей динамики заболевания, при которых они формируются. Правомерны определенная последовательность в их проведении и сочетание методов медикаментозного лечения с психотерапевтическими.

6.2. Дифференцированный подход к выбору назначаемых препаратов и их сочетаний с учетом направленности их действия и клинических особенностей ПШД оптимально обеспечивает ожидаемый эффект терапии, результаты которой, в свою очередь, могут быть использованы в качестве дополнительного критерия диагностики феноменологически сходных проявлений в картине ПШД. Необходимость в проведении такой диагностики составляет один из важных аспектов терапевтической тактики при этих состояниях.

Литература

- Бунькова, К. М. Депрессии и неврозы : [руководство для врачей] / К. М. Бунькова; под ред. М. А. Кинкулькиной. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 176 с. - (Библиотека врача-специалиста. Психиатрия). (Шифр 616.89-008.454 Б-91)
- Просто депрессия. Вопросы и ответы / М. Ю. Дробижев [и др.]. - М., 2013. - 100 с. (Шифр 616.89-008.454 П-82).
- Смулевич, А. Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях / А. Б. Смулевич. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : МИА, 2015. - 640 с. (Шифр 616.89- 008.454 С-52).
- Быков, Ю. В. Резистентные депрессии : практическое руководство / Ю. В. Быков, Р. А. Беккер, М. К. Резников. - Киев, 2013. - 400 с. - (Библиотечка практикующего врача). (Шифр 616.89-008.454 Б-95)