

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Депрессивный синдром

Зав. Кафедрой: Березовская Марина Альбертовна

Выполнил: Ермолаев Иван Петрович

Красноярск 2022

План

1) Актуальность.....	3
2) Серотонин – локализация и функция.....	4
3) Определение.....	6
4) Диагностические критерии.....	6
5) Дополнительные понятия.....	7
6) Виды депрессивного синдрома.....	9
7) Диагностические критерии депрессивного синдрома по МКБ-10	10
8) Заключение.....	11
9) Список используемой литературы.....	12

Актуальность

В определенные моменты своей жизни каждый человек сталкивается с ситуациями, которые приводят в уныние, когда нет ни сил, ни желания что-либо делать, а будущее кажется гнетущим, беспросветным, чувство ожидания тягостными и мучительными. Но наступает новый день, а вместе с ним появляются силы, желание жить, и вот безвыходная ситуация, или жизненные обстоятельства, которые окрашивали будущее в темные тона, уже не кажутся такими безвыходными. Однако, подобное происходит далеко не всегда, временами, человек под гнетом обстоятельств или в связи с особенностью своего характера, не способен противостоять окружающему миру, постоянному стрессу и стремительному ритму жизни, и у него появляется депрессия. Стоит заметить, что не только вышеперечисленные ситуации вызывают депрессию причинами могут быть инфекционные заболевания, интоксикации, онкологические, эндогенные, эндокринные заболевания, язтрогения. Ключевым отличием физиологической реакцией организма и депрессии является длительность, выраженность и дезадаптационные нарушения. Депрессия проявляется глубоким угнетением настроения, снижением не только скорости мышления (оно становится ригидным, течение мыслей замедляется), но и моторной деятельности, для людей встать с кровати становится сложнейшей задачей, требующей сосредоточения всех своих сил. Продолжительность также является критерием отличия, люди больные депрессией страдают не один и не два дня, и даже не пару недель, депрессия протекает месяцами, делая жизнь этих людей мучительной и невыносимой, в это время больные прерывают социальные связи, возникают проблемы на работе или учебе. Именно поэтому нередко исходом депрессии является суицид. Сложно представить, какова душевная боль человека, каково его психическое состояние, если единственным для себя выходом он видит – покончить жизнь самоубийством. Подобные ситуации не выгодно сказываются на экономике государства: потеря кадров, выплаты по л/н, оплата лечения, поэтому продолжают поиски причин депрессии. В настоящее время активно разрабатывается серотониновая гипотеза возникновения депрессии, ведь действие антидепрессантов в большинстве своем направлено именно на серотонинэргическую систему, а именно на накопление в синаптической щели нейромедиатора серотонина, хотя следует заранее оговориться, что не только эта система имеет значение, большую роль играют норадреналовая и дофаминовая система. Поэтому понимание механизмов работы серотонина, патофизиологии и знание клинической картины заболевания для врача психиатра являются необходимыми атрибутами для качественного распознавания и лечения депрессий.

Серотонин (5-НТ) – нейромедиатор, играющий ключевую роль в осуществлении различных физиологических функций. 5-гидрокситриптофан (5-НТ) синтезируется в клетках кишечника (в этом случае у триптофана есть два пути синтеза: в кинуреновую кислоту или в серотонин), тромбоцитах (участвует в вазоконстрикции) и в клетках ЦНС. Роль серотонина разнообразна, в литературе принято выделять наиболее явные функции, а именно: участие в регуляции сна, уменьшение болевой чувствительности, снижение активности центров отрицательных эмоций, снижение активности коллатералей (слабые сигналы в коре больших полушарий), тем самым уменьшая «шум», делая мышление более четким.

Серотонинэргические нейроны расположены в ядрах шва среднего мозга, однако этим их локализация не ограничивается, так нейроны обнаруживаются в продолговатом мозге и вышележащих отделах. Выделяют несколько путей распространения аксонов серотонина на ЦНС. 1 путь начинается из вентрального отдела ядер шва среднего мозга и идет через вентральную покрышечную зону на гипоталамус и входит в медиальный передний мозговой пучок. На пути через средний мозг этот путь разветвляется на большое количество проводящих путей. Эти пути идут на черную субстанцию – компактную ее часть (синтезирующую дофамин в полосатое тело, базальные ганглии), вентральный отдел покрышки (синтез дофамина и распространение на мезолимбический и мезокортикальный пути) и впоследствии на таламус и эпиталамус. Другие волокна из этого вентрального пути идут на некоторые ядра таламуса, затем на ядра миндалины, зоны перегородки, полосатого тела и гиппокамп и далее в кору больших полушарий, в частности в префронтальную область. 2 путь начинается приблизительно от тех же ядер шва, но образует дорзальный восходящий пучок, который ветвится на средний мозг и гипоталамус, а после соединяется в конечном мозге. 3 путь начинается в ядрах, расположенных около продолговатого мозга, направляющихся в спинной мозг. Из вышесказанного следует, что серотонинэргическая система охватывает всю нервную систему, образуя сложные синаптические связи с другими синапсами. Однозначно определить задачу серотонина сложно, если глутамин можно назвать индуцирующим возбуждение аминокислотой, а гамма-аминомасляную кислоту ингибирующей активностью клетки, то у серотонина скорее функция модулирования активности других нейромедиаторных систем и конечный его эффект будет зависеть от того с каким синапсом происходит связывание и в какой структуре ЦНС это происходит. Выделяют 7 видов рецепторов 5-НТ, каждый из них выполняет свою особую задачу, но помимо этого каждый тип рецептора, подразделяется на подтип в зависимости от локализации не только в синаптической системе, но и нейроанатомической структуры. 5-НТ₁ – являются тормозными, их еще называют соматодендритными рецепторами, т.к. они локализируются в теле нейрона и его дендрите. Однозначно назвать их пресинаптическими рецепторами нельзя, особенность заключается в том, что серотонинэргическая система образует рецепторы 5-НТ₁ – 2-порядка. Аксон нейрона прикрепляется к пресинаптической мембране другого синапса, это может быть глутаматэргическая, ГАМК-эргическая или дофаминовая система и т.д. При стимуляции постсинаптического рецептора 5-НТ₁, который является пресинаптическим рецептором, например, глутаматэргического синапса, происходит уменьшение выброса глутамата в синаптическую щель, что приводит к снижению проводимости импульса и в рамках системы серотонин-глутамат системно происходит торможение. 5-НТ₂ в свою очередь являются стимулирующими, они располагаются на постсинаптической мембране рецепторов 1-порядка. При массивном выбросе серотонина и связывания с 5-НТ₁ рецепторами, часть медиатора попадает в синаптическую щель и связывается с 5-НТ₂, это приводит к повышению чувствительности клетки к своему нейромедиатору, то есть можно сказать, что данный тип рецепторов

служит своего рода «предохранителем», обеспечивающим возможность проведения импульса. 5-HT₃ (ионотропный рецептор) - оказывает стимулирующее влияние на функцию ГАМК-ергических нейронов в гиппокампе и новой коре головного мозга, то есть конечный эффект на нижележащие системы – тормозный. Антагонисты периферических 5-HT₃ такие, как ондасетрон, являются противорвотными ЛП активно используемые в постлучевой терапии. 5-HT₄₋₇ еще менее изучены чем 1 и 2 тип, их функции сложно отнести лишь к типу, потому что задача рецептора изменяется на уровне подтипа. Благодаря большому спектру функций серотонина – удастся достичь плавности, ювелирной тонкости работы головного мозга, эффекты серотонина модулирующие, корректирующие, то есть серотонин как-бы подстраховывает синаптическую передачу нейромедиаторных систем – усиливая или тормозя её, сглаживая «неровности» проведения нервного импульса. Серотонин может воздействовать на передачу нейромедиатора как опосредованно через ГАМК-эргические интернейроны в этом случае стимуляция данных групп нейронов приведет к открытию хлорного канала и гиперполяризации мембранного потенциала клетки, так и через глутаматэргические нейроны, тем самым системно возбуждая конечную клетку-мишень. Но не всегда ГАМК и глутаматэргические системы являются посредниками, они также могут быть конечным звеном нейромедиаторной цепи или, например, воздействие на синтез дофамина может протекать на прямую без посредников, да и сами серотонинэргические нейроны в ядрах шва зависимы от этих систем. Теперь становится понятным почему механизмы действия антидепрессантов, например, таких как СИОЗС проследить достаточно сложно, ведь подобная группа, как описывалась выше, тормозит обратный захват серотонина и приводит к его накоплению в синаптической щели, но накопление в каких группах синапсов и в каких структурах ЦНС это происходит- сказать достаточно сложно, принято считать, что накопление нейромедиатора происходит везде приблизительно равномерно, основной эффект антидепрессантов не столько увеличить уровень серотонина, сколько привести серотонинэргическую систему в баланс. В литературе описаны множество исследований, в которых было обнаружено уменьшение серотонина в ликворе, в периферической крови, а также была определена меньшая плотность рецепторов 5-HT у людей, страдающих депрессией. Поэтому возможное действие антидепрессантов связано с тем, что происходит накопление серотонина в синаптической щели т.к. его становится много, то по реципрокному механизму серотонин начинается синтезироваться меньше, что отсрочивает терапевтический эффект, однако затем, происходит нейропластические изменения на постсинаптической мембране, проявляющийся синтезом новых рецепторов, тем самым серотонинэргическая система приходит в баланс. Стоит еще отметить, что некоторые нейрорепептики обладают антагонизмом к 5-HT₂ рецепторам в префронтальной, орбитофронтальной коре больших полушарий и лимбической системе, следовательно, блокируются постсинаптические рецепторы синапса 1-порядка, что приводит к превалированию тормозного действия серотонина на проводящую систему синапса, что в целом вызывает не только антидепрессивный, но и анксиолитический эффект, например, препарат кветиапин обладает низкой потентностью к D2 рецепторам, но достаточно крепко связывается с 5-HT₂ рецепторами, блокируя их. При титровании можно добиться, чтоб при низких дозах препарат вызывал анксиолитический эффект, который не редко используется при лечении генерализованного тревожного расстройства, увеличивая дозу можно добиться антидепрессивного эффекта и затем антипсихотического. Стоит также упомянуть про важный эффект серотонина подавление информационного шума. Информационный канал, представленный преимущественно глутаматэргическими синапсами, представляет из себя некую магистраль, которую создает и прокладывает новая информация. Этот информационный канал имеет коллатерали, которые пересекаются с другими подобными каналами. С одной стороны, это может мешать

понимать информацию т.к. она как-бы растекается и становится менее четкой, но с другой стороны подобный перекрест позволяет лучше запоминать её. Серотонин снижает активность этих коллатералей, тем самым делая наше мышление более четким.

Серотонин подавляет центры негативных эмоций таких как островковая кора, амигдала, ядра гиппоталамуса помогая справляться с умеренными ежедневными проблемами, хлопотами, за сильный стресс и незамедлительную ответную реакцию уже отвечает норадреналин. Серотонин участвует в регуляции сна, сам моноамин является предшественником мелатонина гормона эпифиза, управляющего фазами сна и его длительностью.

Депрессивный синдром

Депрессия – психическое расстройство, в основе которого лежит нарушение аффективной сферы психики человека. Депрессивный синдром является «стержнем» депрессии, который может быть проявлением многим соматических заболеваний (онкологические, нейроэндокринные, интоксикации, травмы и опухоли ЦНС и т.п.), побочными эффектами лекарственных препаратов (например, Тамсулозин), но также иметь эндогенный генез.

Немецкий философ К. Ясперс, внесший огромный вклад в развитие психиатрии, выделил 3 критерия депрессивного синдрома, которые со временем стали классическими:

1) **Снижение настроения** – в этом состоянии выражено снижается настроение с усилением негативных эмоций, тоски, тревоги, возникает идеи самообвинения, чувство виновности, обреченности, безвыходности. Больные отмечают тягостное чувство тоски, боли в груди, чувства нехватки воздуха. На фоне аффекта не редко возникают психосенсорные нарушения, деперсонализации, дереализации, возникает чувство, что все подстроено, что мир блеклый или мрачный, а сами больные уже не такие как раньше, в тяжелых случаях подобный тон мыслей приводит к бреду Котара, когда размах виновности развивается до мировых масштабов, людям кажется, что они гниют изнутри.

2) **Снижение скорости мышления** – мышление у людей становится ригидным, застреваемым на чем-то одном, чтобы переключиться на другую мысль, требуется приложить огромное количество сил. Сами пациенты говорят, что течение мыслей словно замедляется, если представить, что раньше мысли текли как вода по трубе, то теперь словно по трубе течет мёд, нечто густое и липкое, поэтому больные несловохотливы, молчаливы, отвечают на вопросы односложными ответами и предпочитают одиночество.

3) **Снижение двигательной деятельности** – снижение легкости движения, подвижности, отсутствие удовольствия от физической деятельности, пациенты жалуются на то, что у них нет сил, нет внутренней энергии даже на то, чтоб встать с кровати, поэтому не редко можно застать больных свернутыми на кровати и уставившихся в одну точку. Даже предстоящее выполнение каких-либо действий на работе, учебе или уборка по дому, тяготит больных, у них опускаются руки, покидают силы.

Диагностическое значение имеют также следующие симптомы:

Утрата интересов - понижение или потеря интересов, или чувства удовольствия в условиях обычно приятной деятельности. Некоторые интересы либо снижаются, либо уменьшается их значение для индивида.

Потеря энергии - ощущение усталости, слабости или истощения. Также ощущение утраты способности встать и идти или потери энергии. Начать дело, физическое или интеллектуальное, представляется особенно трудным или даже невозможным.

Потеря веры в себя и самоуважения - утрата веры в собственные способности и силы, предчувствие неловкости и неудач в вопросах, зависящих от уверенности в себе, особенно в социальных взаимоотношениях. Пациенты считают себя

приниженными, малоценными по отношению к другим людям, их жизнь ничего не стоит, а сами они ничего из себя не представляют.

Необоснованные упреки к себе или чувство вины – излишняя озабоченность и обеспокоенность каким-либо действием в прошлом, вызывающим болезненное ощущение, неадекватное и неконтролируемое. Человек может проклинать себя за какую-то мелкую неудачу или ошибку, которую большинство людей не приняло бы всерьез. Он осознает, что вина преувеличена или это чувство держится чрезмерно долго, но не может ничего с этим поделать. Иногда чувство вины может быть связано с действиями или ошибками, действительно имевшими место. Однако чувство вины чрезмерно велико. В более интенсивной форме индивид распространяет чувство собственной виновности на все, что происходит плохого в его окружении. Когда вина приобретает бредовые свойства, индивид ощущает себя ответственным за все грехи мира.

Суицидальные мысли или поведение - постоянные мысли о причинении себе вреда с упорным обдумыванием или планированием способов для этого. О серьезности намерения можно судить по осведомленности индивида о летальности выбранного метода, попыткам скрыть суицидальные намерения и поступки, указывающие на уверенность, что попытка будет успешной, например, предсмертная записка, также разработана Колумбийская оценочная шкала достоверности совершения суицида.

Нарушения сна - нарушения характера сна, которые могут проявляться следующим образом:

- периоды пробуждения между начальным и конечным периодами сна,
- раннее пробуждение после периода ночного сна, т. е. индивид после этого не засыпает снова,
- нарушение цикла сна — бодрствования, человек бодрствует почти всю ночь и спит днем,
- гиперсомния обозначает состояние, при котором продолжительность сна, по крайней мере, на два часа дольше обычной, представляя собой определенное изменение обычного характера сна.

Изменение аппетита и веса - пониженный или повышенный аппетит, ведущий к потере или увеличению на 5% или более обычного веса тела.

Утрата способности испытывать удовольствие (ангедония) - потеря способности получать удовольствие от ранее приятной деятельности. Часто индивид не способен к предвкушению удовольствия.

Углубление депрессии по утрам - плохое или депрессивное настроение, которое более выражено в раннее время дня. Характерно, что индивид просыпается рано и лежит без сна, чувствуя, что он не может встать и встретить новый день. Особенно это чувство тягостно по утрам и в первую половину дня, ближе к вечеру оно ослабевает.

Частый плач - частые периоды рыданий без явной побудительной причины.

Пессимизм в отношении будущего - мрачный взгляд на будущее независимо от реальных обстоятельств. Личные и общественные дела могут быть заброшенными из-за чувства безнадежности будущего. Пессимизм в связи с будущим может быть очевидной причиной суицидальных мыслей и поступков.

В рамках депрессивного синдрома рассматриваются такие понятия как:

Гипотимия - стойкое болезненное понижение настроения. Понятию гипотимии соответствуют печаль, тоска, подавленность. В отличие от естественного чувства печали, обусловленного неблагоприятной ситуацией, гипотимия при психических заболеваниях

отличается удивительной стойкостью. Независимо от сиюминутной ситуации больные крайне пессимистически оценивают свое нынешнее состояние, прошлое и перспективы. Важно отметить, что это не только сильное чувство тоски, но и неспособность испытывать радость. По этой причине человека в подобном состоянии не могут развеселить ни остроумный анекдот, ни приятное известие. В зависимости от тяжести заболевания гипотимия может принимать форму от легкой грусти, пессимизма до глубокого физического (витального) чувства, переживаемого как «душевная боль», «стеснение в груди», «камень на сердце». Такое чувство называют витальной (предсердечной) тоской, оно сопровождается переживанием катастрофы, безнадежности, краха.

Дисфория – немотивированные, внезапно наступающие приступы гнева, злобы, раздражения, недовольства окружающими и собой. В этом состоянии больные способны на жестокие, агрессивные действия, циничные оскорбления, грубый сарказм и издевательства.

Тревога - важная эмоция человека, тесно связанная с потребностью в безопасности, выражающаяся чувством надвигающейся неопределенной угрозы, внутренним волнением, также можно сказать, что тревога - это беспредметный страх. С точки зрения психологии через призму феноменов зондов принято считать, что во время тревоги наши зонды (чувства ожидания, перцептивная и апперцептивная система, иными словами зонд – это необъективизируемый механизм восприятия окружающего мира, способствующий объективизации предметов и явлений вокруг нас) начинают хаотично, словно щупальцами прощупывать мир вокруг, не зная и не понимая откуда ожидать беды. В сущности, в этом заключается отличие страха от тревоги, страх имеет объект беспокойства. Тревога - стеническая эмоция, сопровождается метанием, неусидчивостью, беспокойством, напряжением мышц. Как важный сигнал неблагополучия она может возникать в инициальном периоде любого психического заболевания. Тревога выражается различными вегетативными симптомами, (такими как сердцебиение, влажность ладоней, сухость во рту, головокружение, дрожание конечностей, горячий или холодный пот или «приливы», затрудненное дыхание, стеснение или боль в груди, затруднение глотания («ком в горле»), частое мочеиспускание, звон в ушах, бурление в желудке, тошнота), сопровождается страхом — таким, как страх умереть, сойти с ума, потерять эмоциональный контроль или чувством надвигающегося большого несчастья. Могут присутствовать ощущения нереальности объектов (дереализация) или чувство отстраненности (деперсонализация).

Апатия - отсутствие или резкое снижение выраженности эмоций, равнодушие, безразличие. Больные теряют интерес к близким и друзьям, равнодушны к событиям в мире, безразличны к своему здоровью и внешнему виду. Речь пациентов становится скучной и монотонной, они не выказывают никакой заинтересованности беседой, мимика однообразна. Слова окружающих не вызывают у них ни обиды, ни смущения, ни удивления. Они могут утверждать, что испытывают любовь к родителям, но при встрече с близкими остаются безучастными, не задают вопросов и молча съедают принесенную им пищу. Особенно ярко безучастность больных проявляется в ситуации, требующей эмоционального выбора («Какая пища вам нравится больше всего?», «Кого вы любите больше: папу или маму?»). Отсутствие чувств не позволяет им высказать какое-либо предпочтение.

Панические атаки - эпизоды захлестывающей тревоги с внезапным началом и быстрым развитием до высшей точки. Эпизоды длятся от нескольких минут до одного часа и непредсказуемы, т. е. не ограничиваются какой-то конкретной ситуацией или набором внешних обстоятельств. Другие ведущие симптомы включают дрожь, боли в груди, ощущения удушья, головокружение и ощущение нереальности (деперсонализация и/или

дереализация). Часто наблюдаются вторичный страх смерти, утраты самоконтроля или помешательства.

Депрессивный ступор - полная обездвиженность, мрачное оцепенение, которое может внезапно прерываться состоянием меланхолического неистовства (*raptus melancholicus*).

Бредовая депрессия - бред занимает центральное место в структуре депрессивного синдрома, при этом бредовые расстройства приобретают фантастический характер громадности.

Тоска—неопределенное, диффузное (протопатическое) ощущение, чаще в форме непереносимого гнета в груди или эпигастрии (прекардиальная, надчревная тоска) с подавленностью, унынием, безнадежностью, отчаянием; носит характер психического страдания (душевная боль, мука).

Ипохондрические идеи — доминирующие представления об опасности (обычно сильно преувеличенной) и бесперспективности лечения соматической болезни, о ее неблагоприятном исходе и социальных последствиях; тревожные опасения (вплоть до фобий), не связанные с актуальным соматическим заболеванием либо адресованные мнимой болезни и относящиеся к функционированию внутренних органов и организма в целом.

Болезненное бесчувствие (*anaesthesia psychica dolorosa*) — мучительное чувство утраты эмоций, невозможности воспринимать природу, испытывать любовь, ненависть, сострадание, гнев.

Явления моральной анестезии — сознание психического дискомфорта с чувством умственного оскудения, бедности воображения, изменения эмоциональной сопричастности к внешним объектам, угасания фантазии, потери интуиции, позволявшей прежде безошибочно улавливать нюансы интерперсональных отношений.

Депрессивная девитализация — чувство ослабления или исчезновения влечения к жизни, инстинкта самосохранения, соматочувственных влечений (сна, аппетита, либидо).

Выделяют 4 основных депрессивных синдрома:

Анергическая депрессия

При этом состоянии нет отчетливой тоски и тревоги, настроение не резко снижено, по утрам несколько в большей степени, нет выраженной психомоторной заторможенности, больные жалуются не столько на слабость, сколько на невозможность заставить себя что-либо делать, развивается своеобразная психическая инертность, снижается уровень побуждений, возникает ощущение собственного безволия, крайне затруднено принятие решений, простые вопросы становятся проблемами, интересы блекнут, нарастает ощущение бесперспективности, потери цели, собственного бессилия, беспомощности, утрачивается способность испытывать радость. Идеи малоценности обычно возникают лишь как результат неудач, неспособности справиться с возникающими задачами, идей виновности нет, часто чувство зависти к окружающим, «даже к инвалидам, калекам» и жалость к себе. Соматические симптомы депрессии выражены слабо, может даже не быть значительного снижения аппетита и потери массы тела, есть больным не хочется, но они заставляют себя. Суицидных намерений, как правило, нет, хотя больные часто говорят, что жить не хочется. Возможны обсессии, которые обычно носят характер навязчивых сомнений, ипохондрические идеи, но эти симптомы необязательны. Это состояние, очевидно, лучше определить, как синдром энергической депрессии, а не астенодепрессивный синдром, поскольку выраженной истощаемости, характерной для астении, у таких больных нет, э отмечается постоянно сниженный фон активности, энергии, который держится на одном уровне в течение всей беседы. Такие состояния также обозначаются как адинамические и апатические депрессии.

Меланхолический синдром («классическая» депрессия)

Характеризуется отчетливой тоской с суточными колебаниями и витальным компонентом, напряжением, хотя внешние проявления тревоги могут быть незначительными или отсутствовать, психомоторной заторможенностью. Суицидные тенденции, как правило, присутствуют, возможны идеи малоценности, виновности. Обсессии встречаются редко и носят характер хульных мыслей или навязчивых мыслей о самоубийстве. При тяжелом, напряженном меланхолическом синдроме, как правило, имеются деперсонализационные явления: болезненное бесчувствие, сопровождаемое душевной болью, отсутствие чувства голода, насыщения, иногда сна. Сон тяжелый, с ранними утренними пробуждениями, аппетит резко снижен, наблюдаются похудание, запоры.

Тревожно-депрессивный синдром

Характеризуется значительным удельным весом тревоги, которая наряду с тоской составляет аффективный стержень синдрома. Настроение резко снижено, возможна тоска с витальным компонентом, суточные колебания настроения обычно выражены. В двигательной сфере — либо двигательное беспокойство в той или иной степени вплоть до резкой ажитации, либо тревожное оцепенение вплоть до обездвиженности. Как правило, беспокойство отмечается значительно чаще. Депрессивные идеи носят двойственный характер («виновен, но страшусь наказания»), часты ипохондрические идеи. Если имеются навязчивости, то они носят характер фобий. Возможны явления ауто- и соматопсихической деперсонализации. Помимо снижения аппетита, похудания и запоров, отмечаются мышечные спазмы, болевые и неприятные ощущения, которые нередко служат базой для ипохондрических переживаний.

Депрессивно-деперсонализационный синдром.

В этом случае отмечаются психосенсорные нарушения, на фоне сниженного настроения, а и в ряде случаев, как результат, больные замечают, что их мысли, чувства стали словно «блеклыми», сами они ощущают внутреннюю измененность, объяснить которую достаточно сложно. Подобные ощущения давят, тяготят больных, доставляя психологический дискомфорт и неудобство.

Диагностические критерии депрессивного синдрома по МКБ-10 включают:

Снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее двух недель вне зависимости от ситуации.

Должны быть представлены следующие основные симптомы:

- сниженное настроение
- отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями
- снижение энергии и повышенная утомляемость

а также дополнительные симптомы:

- сниженная способность к концентрации и вниманию
- снижение самооценки и чувство неуверенности в себе
- идеи виновности и унижения (даже при легких депрессиях)
- мрачное и пессимистическое видение будущего
- идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства
- нарушенный сон
- нарушенный аппетит

- В анамнезе не выявлено маниакальных/гипоманиакальных симптомов, отвечающих критериям маниакального эпизода;

- Эпизод нельзя приписать употреблению психоактивных веществ или органическому психическому расстройству

В МКБ-10 также может выделяться соматический синдром депрессии, представленный как минимум четырьмя из следующих симптомов:

- снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно приятной для больного
- отсутствие обычной реакции на события или деятельность
- пробуждение утром за два или более часа до обычного времени
- депрессия тяжелее по утрам
- объективные свидетельства заметной психомоторной заторможенности или ажитации (отмеченные или описанные другими лицами)
- заметное снижение аппетита
- снижение веса (пять или более процентов от веса тела в прошлом месяце)
- заметное снижение либидо

Степень тяжести депрессии	Основные симптомы	Дополнительные симптомы
Легкая	2 или 3	2 и более
Средняя	2 или 3	3 и более
Тяжелая	3	4 и более
- без психотических симптомов	бред, галлюцинации,	
- с психотическими симптомами	депрессивный ступор	

NB! Депрессивный синдром тяжелой степени с психотическими симптомами дополняется наличием бреда, галлюцинаций или депрессивного ступора. Бред чаще следующего содержания: греховности, обнищания, грозящих несчастий, за которые несет ответственность больной. Слуховые или обонятельные галлюцинации, как правило, обвиняющего и оскорбляющего характера «голоса», а запахи – гниющего мяса или грязи. Тяжелая двигательная заторможенность может развиваться в ступор. Если необходимо, бред или галлюцинации могут определяться как конгруэнтные или неконгруэнтные настроению. «Неконгруэнтные» включают аффективно нейтральные бредовые и галлюцинаторные расстройства, например, бред отношения без чувства вины или обвинения, или голоса, которые беседуют с больным о событиях, которые не имеют эмоционального значения.

Заключение:

Проблема депрессии очень актуальна в наше время, 21 век называют веком депрессии, подливает масло в огонь обостренная ситуация с Covid-19, инфекцией распространившейся по всему земному шару и унесшей миллионы жизней. Эпидемия изменила обычный уклад жизни, многие люди потеряли своих родных и близких, возникли проблемы с работой, пришлось адаптироваться к новым условиям. Само собой, это не могло не отразиться на психологическом состоянии популяции, в мире стали чаще происходить самоубийства, люди стали чаще обращаться за помощью к психологам и

психотерапевтам. Время, проведенное в изоляции, также негативно сказывается на состоянии людей, приводя к замкнутости, снижению социальных связей. Согласно данным ВОЗ, примерно 4-5 % населения земного шара страдает депрессиями, при этом риск заболеть депрессией в течение жизни достигает 20%. Депрессия является хроническим рецидивирующим заболеванием, причем повторные эпизоды возникают примерно у 60% больных. Около 15 % больных депрессией совершают суицид; среди всех случаев самоубийств в 60% их причиной являются депрессии. Таким образом, смертность при депрессиях лишь немного уступает смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Стоит отметить, что далеко не все люди с депрессией обращаются за медицинской помощью и пытаются сами решить проблему не редко прибегая к помощи алкогольных напитков, что в свою очередь, лишь усугубляет их состояние. Поэтому в настоящее время эффективное лечение депрессии является одним из механизмов, способствующим улучшению качества жизни населения.

«Ничто не изнуряет тело и душу людей так, как изнуряют тоскливые думы»
М. Горький.

Список используемой литературы:

- 1) Л.В. Бекенева, «Депрессивные расстройства в психиатрической практике», Вестник северо-восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия «5» Медицинские науки», №4 2017г
- 2) Р.А. Грехов «Медико-биологические аспекты депрессии», Science Journal of VolSU. Natural Sciences. 2017г
- 3) <http://ncpz.ru/lib/55/book/93/chapter/4>
- 4) Н.Н. Иванец Ю.Г. Тюльпин М.А. Кинкулькина «Медицина и медицинская психология» издательская группа «ГЭОТАР-Медия» 2020г
- 5) <https://psychiatr.ru/education/slide/348>
- 6) Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов «Психиатрия. Национальное руководство 2 издание» издательская группа «ГЭОТАР-Медия» 2020г

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора _____ года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
Евдокимова Ирина Михайловна
(ФИО ординатора)

Тема реферата Психический синдром

основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	6/6
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	отлично

Дата: «25» 02 2022 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора