

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

Зав. кафедрой: ДМН, Доцент М.А. Березовская

## РЕФЕРАТ

На тему: Депрессивный эпизод.

Рекуррентное депрессивное расстройство

Выполнила: ординатор 2-го года

Гуралева М.С.

Красноярск, 2020

## **СОДЕРЖАНИЕ:**

1. Депрессивный синдром	3 стр.
2. Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство. Определение	5 стр.
3. Этиология и патогенез	5 стр.
4. Эпидемиология	6 стр.
5. Классификация и кодировка по МКБ-10.	6 стр.
6. Клиническая картина и диагностические критерии	7 стр.
7. Лечение	10 стр.
8. Выводы	13 стр.
9. Список использованной литературы	14 стр.

## 1. Депрессивный синдром.

Депрессивный синдром характеризуется депрессивной триадой: гипотимией, подавленным, грустным, тоскливым настроением, замедлением мышления и двигательной заторможенностью. Выраженность указанных расстройств различна. Диапазон гипотимических расстройств велик — от легкой подавленности, грусти, депримированности до глубокой тоски, при которой больные испытывают тяжесть, боль в груди, бесперспективность, никчемность существования. Все воспринимается в мрачных красках — настоящее, будущее и прошлое. Тоска в ряде случаев воспринимается не только как душевная боль, но и как тягостное физическое ощущение в области сердца, в груди “предсердечная тоска”.

Замедление в ассоциативном процессе проявляется в обеднении мышления, мыслей мало, они текут медленно, прикованы к неприятным событиям: болезни, идеям самообвинения. Никакие приятные события не могут изменить направление этих мыслей. Ответы на вопросы у таких больных носят односложный характер, между вопросом и ответом часто длительные паузы.

Двигательная заторможенность проявляется в замедлении движений и речи, речь тихая, медленная, мимика скорбная, движения замедлены, однообразны, больные подолгу могут оставаться в одной позе. В ряде случаев двигательная заторможенность достигает полной обездвиженности (депрессивный ступор).

Двигательная заторможенность при депрессиях может играть как бы защитную роль. Депрессивные больные, испытывая мучительное, тягостное состояние, безысходную тоску, бесперспективность существования, высказывают суицидальные мысли. При выраженной двигательной заторможенности больные часто говорят, что им так тяжело, что жить невозможно, но предпринять что-либо, убить себя нет сил: “Пришел бы кто-либо и убил и это было бы замечательно”.

Иногда двигательная заторможенность внезапно сменяется приступом возбуждения, взрывом тоски (меланхолический раптус — *raptus melancholicus*). Больной внезапно вскакивает, бьется головой об стену, царапает себе лицо, может вырвать глаз, разорвать рот, поранить себя, разбить головой стекло, выброситься из окна, при этом больные истошно кричат, воют. Если больного удастся удержать, то приступ ослабевает и снова наступает двигательная заторможенность.

При депрессиях часто наблюдаются суточные колебания, они наиболее характерны для эндогенных депрессий. В ранние утренние часы больные испытывают состояние безысходности, глубокую тоску, отчаяние. Именно в эти часы больные особенно опасны для себя, самоубийства совершаются часто именно в это время.

Для депрессивного синдрома характерны идеи самообвинения, греховности, виновности, которые тоже могут приводить к мысли о самоубийстве.

Вместо переживания тоски при депрессии может возникнуть состояние “эмоционального бесчувствия”. Больные говорят, что они потеряли способность переживать, утратили чувства: “Приходят мои дети, а я к ним ничего не чувствую, это хуже, чем тоска, тоска — это человеческое, а я как деревяшка, как камень”. Такое состояние называется болезненным психическим бесчувствием (*anaesthesia psychica dolorosa*), а депрессия анестетической.

Депрессивный синдром обычно сопровождается выраженными вегетативно-соматическими нарушениями: тахикардией, неприятными ощущениями в области сердца, колебаниями артериального давления с тенденцией к гипертензии, нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта, потерей аппетита, снижением массы тела, эндокринными расстройствами. В ряде случаев эти соматовегетативные расстройства могут быть настолько выраженными, что маскируют собственно аффективные расстройства.

В зависимости от преобладания в структуре депрессии различных компонентов выделяют тоскливую, тревожную, апатическую депрессии и другие варианты депрессивного состояния.

В аффективном звене депрессивной триады О. П. Вертоградова и В. М. Волошин (1983) выделяют три основных компонента: тоску, тревогу и апатию. Нарушения в идеаторных и моторных компонентах депрессивной триады бывают представлены двумя вариантами расстройств: торможением и расторможенностью.

В зависимости от соответствия характера и степени выраженности идеаторных и моторных нарушений доминирующему аффекту выделяются гармоничные, дисгармоничные и диссоциированные варианты депрессивной триады, которые имеют диагностическое значение, особенно на начальных этапах развития депрессии.

Идеи самообвинения при депрессивном синдроме иногда достигают выраженности бреда. Больные убеждены, что они преступники, что вся их прошлая жизнь греховна, что они всегда совершали ошибки и недостойные поступки и теперь их ждет расплата.

**Тревожная депрессия.** Характеризуется тягостным, мучительным ожиданием неизбежного конкретного несчастья, сопровождается однообразным речевым и двигательным возбуждением. Больные убеждены, что должно произойти что-то непоправимое, в чем они, возможно, виноваты. Больные не находят себе места, ходят по отделению, постоянно обращаются к персоналу с вопросами, цепляются за проходящих, просят помощи, смерти, умоляют выпустить их на улицу. В ряде случаев двигательное возбуждение достигает неистовства, больные мечутся, охают, стонут, причитают, выкрикивают отдельные слова, могут наносить себе повреждения. Такое состояние носит название “ажитированная депрессия”.

**Апатическая депрессия.** Для апатической, или адинамической, депрессии характерно ослабление всех побуждений. Больные в таком состоянии вялы, безучастны к окружающему, безразличны к своему состоянию и положению близких, неохотно вступают в контакт, не высказывают каких-либо определенных жалоб, часто говорят, что единственное их желание, чтобы их не трогали.

**Маскированная депрессия.** Для маскированной депрессии (лаврированной, депрессия без депрессии) характерно преобладание различных двигательных, чувствительных или вегетативных расстройств по типу депрессивных эквивалентов. Клинические проявления этой депрессии крайне разнообразны. Часто встречаются различные жалобы на расстройства сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения. Наблюдаются приступы болей в области сердца, желудка, кишечника, иррадиирующие в другие участки тела. Эти расстройства часто сопровождаются нарушениями сна и аппетита. Сами депрессивные расстройства недостаточно отчетливы и маскируются соматическими жалобами. Существует точка зрения, что

депрессивные эквиваленты являются начальным этапом в развитии депрессий. Это положение подтверждается наблюдениями последующих типичных депрессивных приступов у больных с маскированной ранее депрессией.

При маскированной депрессии:

1. больной длительно, упорно и безрезультатно лечится у врачей различных специальностей;
2. при применении различных методов исследования не выявляется конкретного соматического заболевания;
3. несмотря на неудачи в лечении, больные упорно продолжают посещать врачей (Г. В. Морозов).

**Депрессивные эквиваленты.** Под депрессивными эквивалентами принято понимать периодически возникающие состояния, характеризующиеся разнообразными жалобами и симптомами преимущественно вегетативного характера, заменяющие приступы депрессии при маниакально-депрессивном психозе.

## **2. Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство. Определение.**

Депрессивный эпизод (ДЭ) – аффективное расстройство, характеризующееся в типичных случаях снижением настроения, утратой интересов и удовольствия, снижением энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности. Отмечается выраженная утомляемость даже при незначительном усилии. К другим симптомам относятся сниженная способность к сосредоточению и вниманию; сниженные самооценка и чувство уверенности в себе; идеи виновности и уничтожения (даже при легком типе эпизода); мрачное и пессимистическое видение будущего; идеи или действия направленные на самоповреждение или суицид; нарушенный сон; сниженный аппетит.

Рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) – аффективное расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессий, как указано в F32, без анамнестических данных об отдельных эпизодах приподнятого настроения, гиперактивности, которые могли отвечать критериям гипоманиакального, маниакального или смешанного аффективного эпизода (F30.-)

## **3. Этиология и патогенез**

Этиология и патогенез ДЭ и РДР до настоящего времени окончательно не установлены. По всей видимости, возникновение депрессивных расстройств детерминировано сочетанием множества факторов: биологических (конституционально- генетических), психологических и социальных. Среди биологических концепций традиционной является моноаминовая теория депрессии, постулирующая в качестве основного патогенетического механизма недостаточность синаптической активности моноаминов (серотонина, дофамина, норадреналина) головного мозга. В качестве значимых рассматриваются и другие патофизиологические процессы, в числе которых проявления психосоциального и

биологического дистресса, хронобиологическая гипотеза, нарушение процессов нейропластичности, дисрегуляция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, гиппокампа, миндалевидного тела (амигдалы), прилежащего ядра и других областей мозга, вовлеченность кортикотропин-рилизинг-фактора, глюкокортикоидов, мозгового нейротрофического фактора (BDNF) и транскрипционного фактора CREB

#### **4. Эпидемиология**

ДЭ и РДР относятся к наиболее распространенным психическим нарушениям. Эти расстройства, как правило, полностью редуцируются в периоды ремиссий, и степень социальной дезадаптации пациентов определяется частотой, длительностью и тяжестью 6 развивающихся у них рецидивов депрессивной симптоматики. Больные РДР относятся к контингенту наиболее «сохранных» страдающих психическими расстройствами пациентов, однако смертность при РДР лишь немного уступает смертности при сердечно-сосудистых заболеваниях, поскольку до 15% депрессивных больных совершают суициды. В настоящее время депрессия занимает второе место в мире среди всех медицинских причин инвалидности и смертности, а среди лиц молодого возраста (до 45 лет) она уже давно держит пальму первенства по этому показателю. Согласно прогнозу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2030 г. РДР выйдет на первое место по этим показателям. Высокая распространенность РДР (среди мужчин - около 6%, среди женщин – до 15%), частое рецидивирование (у 85% больных отмечаются повторные эпизоды), склонность к затяжному течению и хронификации эпизодов, утяжеление течения и исходов соматических и психических коморбидных расстройств, а также другие многочисленные проблемы, связанные с ущербом, наносимым этим заболеванием, определяют высокий интерес специалистов к новым возможностям в области терапии депрессии. Требуемые лечения депрессии наблюдаются примерно у 25% больных психиатрических стационаров, у 65% больных амбулаторной психиатрической сети и как минимум у 10% всех больных непсихиатрических лечебных учреждений.

#### **5. Классификация и кодировка по МКБ-10.**

Депрессивный эпизод (F32):

F32.0 - Депрессивный эпизод легкой степени;

F32.1 - Депрессивный эпизод средней степени;

F32.2 - Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов;

F32.3 - Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами.

Рекуррентное депрессивное расстройство (F33):

F33.0 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени;

F33.1 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени;

F33.2 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов;

F33.3 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

Систематика депрессий, представленная в МКБ-10 (диагностический класс «Аффективные расстройства» - F30-F39), опирается на синдромальный подход с использованием операциональных критериев, обеспечивающих максимальную клиническую однородность, воспроизводимость и сопоставимость выделяемых диагностических категорий.

Центральное место в систематике аффективной патологии занимает категория «депрессивный эпизод».

Основное значение придается вариантам течения депрессии, в соответствии с чем выделяются следующие формы заболевания: единственный ДЭ, РДР, биполярное аффективное расстройство (БАР - смена депрессивных и маниакальных фаз).

Единичные эпизоды отграничиваются от многократных эпизодов, так как значительная часть больных переносят только один эпизод.

Ввиду важности для лечения и определения тактики ведения выделяют три степени тяжести ДЭ: легкую, среднюю (умеренную) и тяжелую. Три степени тяжести так обозначены, чтобы включить большой диапазон клинических состояний, которые встречаются в психиатрической практике. Больные с легкими формами ДЭ часто встречаются в первичных медицинских и общих медицинских учреждениях, в то время как стационарные отделения в основном имеют дело с больными, у которых депрессия более тяжелой степени. Дифференциация между легкой, умеренной и тяжелой степенью основывается на сложной клинической оценке, которая включает число, тип и тяжесть присутствующих симптомов. Полнота обычной социальной и трудовой деятельности зачастую может помочь в определении тяжести ДЭ

## **6. Клиническая картина и диагностические критерии**

Диагностические критерии ДЭ 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: о сниженное настроение; о отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями; о снижение энергии и повышенная утомляемость;

- а также дополнительные симптомы:

- о сниженная способность к сосредоточению и вниманию;

- о снижение самооценки и чувство неуверенности в себе;

- о идеи виновности и уничижения (даже при легких депрессиях);

- о мрачное и пессимистическое видение будущего;

- о идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства;

- о нарушенный сон;

- о 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 (кодируется отдельным пунктом), представленный как минимум четыремя 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.

Большое значение для оценки состояния больного и определения места и метода лечения, а также дальнейшего маршрута оказания медицинской помощи имеет дифференциация депрессий по степени тяжести.

#### Критерии диагностики разной степени тяжести ДЭ

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

ДЭ 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.

Диагностические критерии РДР (текущий эпизод) по МКБ-10 включают:

- по крайней мере, один ДЭ в прошлом, легкой (F32.0), средней (F32.1) тяжести, либо тяжелый (F32.2 или .3), длившийся не менее двух недель и отделенный от настоящего эпизода периодом минимум в 2 месяца, в течение которых не наблюдалось каких-либо значимых аффективных симптомов;
- отсутствие в прошлом эпизодов, соответствующих критериям гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-);
- текущий эпизод должен удовлетворять критериям ДЭ легкой, средней или тяжелой степени

## 7. Лечение

До начала терапии следует составить индивидуальный план лечения, учитывающий преемственность различных этапов терапии, эффективность и переносимость предшествующей терапии, клинические особенности состояния (например, наличие психотической симптоматики, возбуждения, тревоги, нарушений сна или атипичных симптомов), тяжесть болезни и риск суицида, комплаентность больного, злоупотребление ПАВ, наличие сопутствующих заболеваний и принимаемую в связи с ними терапию, возможность наступления беременности и другие индивидуальные факторы, способные повлиять на эффективность и переносимость назначаемого АД.

При наличии показаний (например, в случае сочетания психотических симптомов и суицидальных мыслей) следует рассмотреть вопрос о стационарном лечении. Проведение тимоаналептической терапии в острой фазе заболеваний требует также как минимум еженедельного динамического наблюдения за психическим и соматическим состоянием пациента, включая периодическую ревизию диагноза и оценку суицидального риска, мониторинг ответа на терапию и развитие побочных эффектов, а также проверку комплаентности больного и формирование приверженности терапии с использованием различных психообразовательных методик.

Важной для понимания течения и терапии ДЭ и РДР является динамическая модель заболевания, предложенная D.J. Kupfer (1991)

Включает в себя 3 этапа:

- 1) Купирующая терапия
- 2) Продолженная или стабилизирующая
- 3) Длительная противорецидивная (профилактическая)

### 1. Консервативное лечение

- Для пациентов, удовлетворяющих современным диагностическим критериям ДЭ и РДР (МКБ-10), рекомендуется применение тимоаналептической фармакотерапии: назначение АД в минимальных эффективных дозах; при отсутствии побочных эффектов или при редукции побочных эффектов в течение нескольких дней рекомендуется производить увеличение дозы в пределах стандартных дозировок до тех пор, пока симптоматика не начнет ослабевать. В случае отсутствия динамики или недостаточного эффекта (степень редукции симптоматики от 25% до 50%) через 3-4 недели рекомендуется наращивание дозы до максимальной.

Тимоаналептический эффект обычно возникает через 3-4 недели лечения, однако в некоторых случаях, особенно при применении СИОЗС, улучшение развивается более постепенно и достижение полноценного эффекта наблюдается на 4-6-й или даже 8-й неделе. У большинства респондеров на терапию клиническое улучшение становится заметным уже в течение первых двух недель лечения. Обычно такой ранний ответ связан с более благоприятным прогнозом курсовой эффективности проводимой терапии. Современные критерии депрессивного синдрома могут включать довольно

гетерогенные группы больных с различными типами депрессий в диапазоне от биологически детерминированных состояний (так называемых эндогенных или меланхолических депрессий) до в разной степени ситуационно спровоцированных или связанных с личностной патологией (так называемых реактивных или невротических депрессий). К сожалению, большинство рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) лекарственных средств с антидепрессивным эффектом использовало обобщенные недифференцированные критерии ДЭ, и не представляется возможным выделить их доказательную эффективность в отношении отдельных клинических вариантов, например, при тревожной, меланхолической (с соматическими симптомами), атипичной, заторможенной (с кататоническими симптомами), сезонной или с преобладанием когнитивных нарушений). Не существует доказательных данных о большей эффективности или более быстром начале действия АД какого-либо одного класса, хотя при тяжелых, требующих госпитализации депрессиях некоторые трициклические антидепрессанты (ТЦА) 15 (амитриптилин и кломипрамин) и венлафаксин оказываются несколько эффективнее, чем селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)

Более новые АД второго (например, пирлиндол, мапротилин, миансерин, тразодон, моклобемид) и третьего (например, СИОЗС, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН), мirtазапин, агомелатин\*\*, вортиоксетин) поколений в целом переносятся лучше, чем ТЦА первого поколения, что способствует уменьшению вероятности самостоятельного отказа пациентов от их приема.

Лечение легких ДЭ обычно осуществляется амбулаторно в рамках первичного звена психиатрической помощи.

- Пациентам с легким ДЭ рекомендуется назначение АД (преимущественно используются СИОЗС, агомелатин, а также другие препараты новых поколений) в пероральной форме.
- Для пациентов, не желающих принимать традиционные антидепрессанты, существует альтернатива в виде растительных препаратов, например, экстракта зверобоя.
- В некоторых случаях в зависимости от индивидуальных особенностей и/или запросов пациента рекомендовано ограничиться применением психотерапевтических, психообразовательных или социально-реабилитационных методов

Преимущественный выбор в пользу АД по сравнению с психотерапией следует осуществлять у больных с наличием развернутых депрессий в анамнезе, с хорошим эффектом АД в прошлых эпизодах, наличием субпороговых депрессий в течение последних двух лет, а также при отсутствии эффекта психосоциальных интервенций или при наличии РДР у ближайших родственников.

Лечение больных с умеренным ДЭ в зависимости от особенностей депрессии и социальных условий проводят амбулаторно, полустационарно или в стационаре. С учетом высокого риска резкого изменения состояния у одиноких больных, проживающих отдельно от родственников, а также вероятного появления суицидальных мыслей лечение предпочтительнее осуществлять в условиях стационара или полустационара.

- Рекомендуется назначение АД в пероральной форме: препаратами первого ряда являются СИОЗС, СИОЗСН, миртазапин, вортиоксетин и агомелатин. ТЦА обычно рассматривают как препараты второго выбора.

Лечение больных с тяжелым ДЭ предпочтительнее проводить в условиях стационара.

- Рекомендуется выбрать препарат с широким спектром нейрорхимического механизма действия (СИОЗСН, миртазапин, ТЦА), обладающих несколько большей эффективностью при лечении депрессий тяжелой степени по сравнению с СИОЗС.

Предпочтение в силу лучшей переносимости следует отдать СИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин, милнаципран), а потом ТЦА (имипрамин, амитриптилин, кломипрамин) или другим гетероциклическим препаратам первого поколения (мапротилин, пиразидол, пипофезин, тразодон и др.), которые также обладают несколько лучшей переносимостью, но и меньшей эффективностью. Для некоторых антидепрессантов (кломипрамин) разрешено использование внутримышечного и/или внутривенно-капельного способа введения АД. Психотерапия на первых этапах лечения тяжёлой депрессии, как правило, неэффективна.

- Лечение больных с высоким суицидальным риском рекомендовано проводить в условиях стационара. При высоком суицидальном риске рекомендовано рассмотреть возможность быстрого проведения ЭСТ

Купирующая терапия ДЭ тяжёлой степени с психотическими симптомами

Терапевтическая тактика направлена на быстрейшее достижение «обрыва» психоза.

- Лечение тяжелого ДЭ с психотическими симптомами рекомендовано проводить в условиях стационара.

- Рекомендовано с первых дней назначение АД с широким спектром нейрорхимического механизма действия (СИОЗСН, ТЦА, тетрациклические антидепрессанты) в сочетании с АВП

- Рекомендуется аугментация эффекта АВП: присоединение кветиапина, арипипразола, оланзапина и рисперидона к АД (СИОЗС). Наиболее предпочтительно применение кветиапина, арипипразола и оланзапина (последний рекомендуется сочетать с флуоксетином)

В дополнение к фармакотерапии для усиления или ускорения терапевтического эффекта АД возможно применение различных нелекарственных методов воздействия.

- На любом этапе лечения в качестве дополнительного воздействия рекомендуется подключение адекватной психотерапии, которая больше фокусируется на текущих проблемах пациента и включает элементы психобразования. Это особенно важно у пациентов с недостаточной комплаентностью.

Наиболее изученные и эффективные при депрессии формы психотерапии - когнитивно-бихевиоральная терапия и межличностная (интерперсональная) терапия. Эти виды психотерапии наиболее действенны при лечении депрессии легкой и умеренности степени тяжести. Для пациентов с рекуррентной, хронической или тяжелой депрессией комбинация фармакотерапии и одного из валидизированных методов психотерапии может быть более предпочтительна, чем какой-либо один из этих методов лечения в отдельности.

Хронический рецидивирующий характер течения РДР определяет необходимость проведения вторичной профилактики рецидивов заболевания. В настоящее время под профилактическим эффектом подразумевается способность ряда препаратов при длительном непрерывном приеме подавлять развитие рецидива или уменьшать выраженность очередной аффективной фазы.

- При РДР рекомендуется непрерывное длительное (не менее 3-5 лет) применение психофармакотерапии с использованием доз препаратов, оказавшихся эффективными в период купирования депрессивной фазы и стабилизации состояния

## **8. Выводы**

Слово «депрессия» сейчас всем знакомо. Но в понимании большинства людей депрессия и плохое настроение – это примерно одно и то же. На самом деле это не так. Плохое настроение – это нормальная реакция человека на какие-нибудь неприятности. Депрессия – это болезненное состояние. Разница заключается даже не в том, что депрессия возникает без видимых причин (случается, что такая причина есть), а в том, что за ее возникновение отвечает биологический механизм, который в норме отсутствует. Именно наличие такого механизма и заставляет определять депрессию как болезненное состояние. Понимать, что депрессия - это болезнь, очень важно. Ведь главное проявление депрессии – это, действительно, плохое настроение, вроде бы всем понятное и знакомое по собственному опыту. Поэтому окружающим часто кажется, что справиться с депрессией достаточно просто: нужно развлечься, отвлечься, переключиться и, вообще, «взять себя в руки». Едва ли не каждый заболевший депрессией получает от родных и друзей подобный совет. К сожалению, выполнить его невозможно: «взять себя в руки» так, чтобы прошла болезнь, еще никому не удавалось. Разработаны эффективные схемы и алгоритмы лечения депрессивных расстройств, даже резистентных состояний

## 9. Список использованной литературы.

1. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. - М.: Медицинское информационное агентство, 2016. - 434 с.
2. Психиатрия [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015
3. Психиатрия: национальное руководство / гл. ред.: Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. - 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2018. -1008 с.
4. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Ладыженский М.Я. Алгоритм биологической терапии острого эпизода рекуррентного депрессивного расстройства. Современная терапия психических заболеваний 2016; №3: с.27-40.
5. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М.: Медицина, 1988; 528 с.
6. Стал Стивен М. - Основы психофармакологии. Теория и практика. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2019. – 332-345 с.
7. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: МегаПро, 2010 – 132с.